



Le souci des adolescents: traiter une vulnérabilité dangereuse

Yannis Gansel

► To cite this version:

Yannis Gansel. Le souci des adolescents: traiter une vulnérabilité dangereuse. Anthropologie sociale et ethnologie. EHESS-Paris, 2016. Français. NNT : 2016EHES0025 . tel-01338533

HAL Id: tel-01338533

<https://hal.science/tel-01338533>

Submitted on 28 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le souci des adolescents

Traiter une vulnérabilité dangereuse

Thèse dirigée par: RECHTMAN Richard

Date de soutenance : le vendredi 1^{er} avril 2016.

- Jury
1. FOURNERET Pierre, Université Lyon 1
 2. NAEPELS Michel, École des Hautes Études en Sciences Sociales
 3. RAVON Bertrand, Université Lyon 2
 4. RECHTMAN Richard, École des Hautes Études en Sciences Sociales

*Aux adolescents difficiles, aux
adultes qu'ils deviennent, à leurs
parents et éducateurs.*

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude à Richard Rechtman, dont les remarques pointues et les questions persévérantes ont su m'éviter de trop m'égarer.

Merci à Francois Sicot et Michel Naepels d'avoir accepté de lire et juger ce travail.

Le début de cette thèse n'aurait pas été possible sans les appuis lyonnais de Benoît Eyraud, Evelyne Lasserre et Axel Guïoux. Les nombreuses conversations avec Bertrand Ravon ont aussi alimenté mon enquête lorsqu'elle traversait ses phases les plus arides.

Je remercie vivement Pierre Fourneret pour le soutien et la confiance qu'il m'a accordés et qui m'ont permis de mettre en œuvre cette recherche dans le cadre de mon travail de praticien hospitalier. Je salue également l'équipe de l'unité de psychopathologie du développement et tout particulièrement les chefs de clinique qui ont tenu la boutique pendant que j'explorais les chemins de l'anthropologie : Anne Villand, Caroline Salem et Robin Fender.

Pour ses encouragements dès avant mes premiers pas dans le parcours doctoral, pour son regard toujours neuf, curieux et acéré, je tiens à remercier Samuel Lézé.

Dans le cadre stimulant de l'EHESS et de l'IRIS, ce parcours m'a permis des rencontres enrichissantes. Je remercie pour nos discussions et échanges Marc Bessin, Isabelle Coutant, Joëlle Vailly, Carine Vassy, Lila Belkacem, Arthur Vuattoux, Camille Lancelevée, Meoïn Hagège, Mathieu Le Mentec, Delphine Moreau, le groupe Traitement et Contrainte, Victor Royer, Lucie Lechevalier Hurard, Elisa Herman et les doctorants de l'IRIS.

Ce travail a été amendé grâce aux relectures attentives et bienveillantes de Roman Pétrouchine et de François Danet.

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Résumé

Partant du cas des adolescents « difficiles », catégorie clinique devenue ubiquitaire dans l'action publique depuis le début des années 2000, cette thèse étudie les évolutions contemporaines du traitement social des déviances juvéniles en France.

Deux matériaux sont utilisés : l'étude généalogique d'un corpus documentaire et une ethnographie monographique dans un réseau interprofessionnel œuvrant à résoudre les problèmes posés par les adolescents difficiles. En combinant une analyse constructiviste tempérée par le pragmatisme et l'interactionnisme, nous produisons une anthropologie clinique de la santé mentale.

La catégorie des adolescents difficiles est structurée par l'expertise sur la subjectivité, inspirée par la psychanalyse et distanciée du savoir professionnel psychiatrique. Définie par un trouble ambigu, cette catégorie permet aux acteurs de repérer, rendre public et résoudre un problème émergent : les incertitudes nouvelles traversant l'action publique contemporaine sur les déviances juvéniles. Elle désigne une population résiduelle, produite par la spécialisation des institutions et par la faible capacité de coordination des bureaucraties politiques locales. Procédant par une personnalisation biographique extrême des interventions, cette catégorie réassigne les adolescents dans un sens de l'activité et dans un profil de traitement institutionnel. Elle permet de coordonner sans les indifférencier les lieux de l'action publique. Elle résout le dilemme anémique entre vulnérabilité et dangerosité, entre autonomie et protection, entre soin et contrôle. Détenant une force extraordinaire de consensus, l'expertise clinique exerce ainsi un magistère extensif. Mais ce recours aux savoirs cliniques ne rend pas compte de la relativité culturelle et politique de la violence. Il ne permet pas de repérer les épreuves éthiques et sociales de la professionnalité sous-tendant le malaise des acteurs.

La clinique performe ainsi un souci, à la fois affect éprouvé et attitude tournée vers le care, qui constitue une modalité contemporaine de l'action publique.

Mots clés

France, déviance, psychiatrie, santé mentale, adolescents, justice des mineurs, catégorie, vulnérabilité, dangerosité, genre, action publique, généalogie, ethnographie.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Abstract

The clinical category of “difficult” adolescents has become ubiquitous in public action in France since the early 2000s. In this thesis, we explore this success as a case-study for contemporary changes in the social treatment of youth deviancy.

We use two sets of empirical data: genealogical analysis drawn from a documentary corpus and ethnographic fieldwork conducted in an inter-professional network designed to treat difficult adolescents. We produce a clinical anthropology of mental health, relying on a framework based upon social constructivism tempered with interactionism and pragmatism. The category of difficult adolescents is organised by clinical expertise on subjectivity, inspired by psychoanalysis while distancing itself from psychiatry. It allows professionals in charge of youth to define, publicise and solve an emerging problem: new uncertainties in the public management of violent and deviant youth. It depicts a residual, interstitial population, located between the various institutions treating youth deviancy. Such a margin is fostered by the specialisation of these institutions and by the poor coordination capacities of local authorities and policy makers. This category operates by an extreme biographical personalisation. It reassigns adolescents to a profile of institutional treatment and makes professional interventions meaningful. It coordinates various institutions, while preserving their specialisation. It solves the anomic dilemma of vulnerability versus dangerousness, protection versus autonomy, and care versus control. This clinical expertise has a unique ability in building consensus, insuring a pervasive and coercive moral authority. However, the ethical and social stakes in the care-givers’ trouble and the cultural and political relativity of violence fall beyond this clinical scope.

Thus clinical expertise performs care, which is both an affective experience and an attitude, embodying contemporary forms of public action.

Keywords

France, deviancy, psychiatry, mental health, adolescents, juvenile justice, category, vulnerability, dangerousness, gender, public action, genealogy, ethnography.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME ET MOTS CLES	4
ABSTRACT AND KEYWORDS	5
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	13
VINCENT : INTERPELLATION INAUGURALE.	13
UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DU SOUCI DES ADOLESCENTS.	16
PREMIERE PARTIE : DE L'OBJET A LA METHODE.....	18
INTRODUCTION DE LA PARTIE	18
CHAPITRE 1 : LE SOUCI DES ADOLESCENTS DIFFICILES.....	19
1. DEFINITION D'UNE CLINIQUE.	19
1.1. <i>Signes et étiologie d'une catégorie.</i>	19
1.2. <i>« Non-demande »: justifier la contrainte pour éviter l'exclusion.....</i>	23
2. LES ADOLESCENTS DIFFICILES SUR L'AGENDA POLITIQUE	24
3. DES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES SPECIFIQUES	31
4. UN DOUBLE TROUBLE.	33
CHAPITRE 2: VERS UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DE LA SANTE MENTALE.....	35
1. RECONFIGURER LE TRAITEMENT DES DEVIANCES ADOLESCENTES.....	35
1.1. <i>Quatre champs d'action publique en mutation.</i>	35
1.2. <i>Le handicap psychique et la création des ITEP.....</i>	36
1.3. <i>La psychiatrie de l'adolescent et la crise de la santé mentale.</i>	39
1.4. <i>Réformer la justice pénale des mineurs.</i>	44
1.5. <i>Une redistribution territoriale de la protection de l'enfance.</i>	49
2. DEUX EVOLUTIONS TOPOGRAPHIQUES : INDIVIDUALISATION ET TERRITORIALISATION	52
2.1. <i>Ciblage par la souffrance et la vulnérabilité.</i>	52
2.2. <i>Une intensification des traitements plutôt qu'un transfert d'activité.</i>	54

2.3.	<i>Souffrance et responsabilité.</i>	54
2.4.	<i>Souffrance et dangerosité, curatif et punitif.</i>	56
2.5.	<i>Une nouvelle territorialisation.</i>	57
3.	DE NOUVEAUX PROBLEMES POUR LES SCIENCES SOCIALES	60
3.1.	<i>La gestion des risques comme nouvelle norme.</i>	60
3.2.	<i>Les ambiguïtés de la vulnérabilité comme cible institutionnelle.</i>	63
3.3.	<i>Les lectures critiques à partir des frontières : transfert d'activité et déclin.</i>	64
3.4.	<i>Produire une analyse au-travers des frontières institutionnelles.</i>	66
4.	UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DE LA SANTE MENTALE	67
5.	GENEALOGIE	69
5.1.	<i>Constitution de deux corpus documentaires.</i>	70
5.1.	<i>Analyse du corpus : généalogie d'une catégorie.</i>	71
5.2.	<i>Création d'un réseau de documents.</i>	73
6.	ETHNOGRAPHIE	74
6.1.	<i>Aspects méthodologiques.</i>	74
6.2.	<i>Du thème d'enquête au choix du terrain.</i>	75
6.3.	<i>Note méthodologique : l'anonymisation</i>	76
	SYNTHESE DE LA PARTIE ET TRANSITION.	78
	DEUXIEME PARTIE: GENEALOGIE	80
	INTRODUCTION DE LA PARTIE	80
	CHAPITRE 3 : DE L'ENFANCE ANORMALE AUX DISCIPLINES DE L'ADOLESCENCE	81
1.	L'IDEE DE L'ADOLESCENCE MODERNE : SUBSTITUER LA PHYSIOLOGIE AU CHIFFRE	81
2.	LA CRIMINOLOGIE ET L'IDIOTIE : DEUX POINTS D'EXTENSION.	83
2.1.	<i>La folie morale : vers la naturalisation du crime.</i>	84
2.2.	<i>Un débat unifié autour de « l'enfant ».</i>	87
2.3.	<i>L'idiotie et les pratiques médico-pédagogiques.</i>	88
3.	VERS DES DISCIPLINES DE L'ADOLESCENCE (1914-1945).	90
3.1.	<i>Une psychiatrie de l'enfance et la jeunesse.</i>	90
3.2.	<i>La spécialisation judiciaire : enfant dangereux et en danger.</i>	93
3.3.	<i>L'inadaptation scolaire et la pédagogie spécialisée.</i>	95
4.	AUGUST AICHHORN (ENTRE DEUX GUERRES)	96
4.1.	<i>Des différences linguistiques signifiantes.</i>	96
4.2.	<i>Critiquer l'éducation disciplinaire.</i>	97
4.3.	<i>Une clinique de la déviance juvénile.</i>	98

5.	LA PSYCHANALYSE ET LE MODELE CLINIQUE DES DEVIANCES JUVENILES (APRES 1945)	99
5.1.	<i>Modèle clinique de la délinquance : l'acte comme symptôme curable.</i>	99
5.2.	<i>La défense sociale nouvelle et la prévention de la dangerosité</i>	101
5.3.	<i>La psychanalyse fait de la délinquance une condition psychique.</i>	103
5.4.	<i>Une définition contemporaine de l'adolescence</i>	107
6.	DISCIPLINES ET DISPOSITIF.	109
6.1.	<i>Savoirs et régulation sociale de la jeunesse</i>	109
6.2.	<i>Des deux dimensions de la « discipline » au dispositif</i>	112
	RESUME DU CHAPITRE ET TRANSITION	113
	CHAPITRE 4 : NAISSANCE D'UNE CLINIQUE	116
1.	EMERGENCE DANS LA LITTERATURE PSYCHIATRIQUE (FIN DES ANNEES 1960)	116
1.1.	<i>Émergence au féminin : les adolescentes difficiles.</i>	117
1.2.	<i>Extension et mixité (années 1970).</i>	123
1.3.	<i>Stabilisation de la clinique.</i>	125
2.	"TOM": LA DIFFUSION DES ADOLESCENTS DIFFICILES (ANNEES 1970)	126
2.1.	<i>Vulnérabilité et enfermement</i>	126
2.2.	<i>Des « blousons noirs » aux « sauvageons »</i>	128
2.3.	<i>Une figure ethnicisée et territorialisée.</i>	129
2.4.	<i>Une forme alternative de contrainte : « faire la gueule ».</i>	131
2.5.	<i>De l'emploi à la subjectivité.</i>	132
3.	UNE NICHE ECOLOGIQUE	134
3.1.	<i>Une entité essentielle ou construite ?</i>	134
3.2.	<i>Niche et tropisme d'un savoir clinique</i>	136
3.3.	<i>Les vecteurs incertains des adolescents difficiles</i>	138
	RESUME DU CHAPITRE ET TRANSITION	140
	CHAPITRE 5 : DE LA CONTENANCE COMME THERAPEUTIQUE.	142
1.	D'UNE DISPOSITION PSYCHIQUE A UN DISPOSITIF PHYSIQUE	142
1.1.	<i>Le « Holding » : une disposition psychique (années 1960 et 1970)</i>	143
1.2.	<i>La contenance à la française : un dispositif physique (années 1990).</i>	145
2.	VERS DES "REPONSES MIXTES" : HYBRIDATIONS AUTOUR DE LA PSYCHIATRIE.	148
2.1.	<i>Coordonner des institutions distinctes</i>	148
2.2.	<i>Intégrer les interventions, fusionner leurs cibles.</i>	151
2.3.	<i>Inclure la psychiatrie : les CEF à vocation de santé mentale.</i>	156
2.4.	<i>Les hybridations autour de la psychiatrie.</i>	160

3.	DES PSYCHIATRES EXPERTS.....	162
4.	"AU COMMENCEMENT ETAIT L'AGIR" : AMBIGUÏTES DE L'EXPERTISE CLINIQUE SUR LA VIOLENCE.	168
4.1.	<i>Une essentialisation méthodologique de la violence.....</i>	169
4.2.	<i>Des rapports sociaux invisibles.</i>	171
	SYNTHESE ET TRANSITION DE LA PARTIE.....	174
	TROISIEME PARTIE: VULNERABILITE ET DANGEROUSITE	177
	INTRODUCTION DE LA PARTIE	177
	CHAPITRE 6 : AU DELA DES FRONTIERES PROFESSIONNELLES.....	178
1.	UNE SITUATION PARADIGMATIQUE : SOFIAN.....	178
2.	PRESENTATION DU TERRAIN : LE RESEAU POUR ADOLESCENTS EN DIFFICULTES.	183
2.1.	<i>Les « membres permanents » et « ceux qui présentent ».....</i>	184
2.2.	<i>Les « dispositifs » locaux pour adolescents difficiles.</i>	185
2.3.	<i>Interprétations et conseils pratiques.</i>	188
3.	UNE ACCESSIBILITE TROMPEUSE.....	190
4.	LES MEMBRES PERMANENTS : RECITS DES PARCOURS.....	194
4.1.	<i>Le « co-pilotage » du réseau.....</i>	194
4.2.	<i>Des participants discrets.....</i>	197
4.3.	<i>Les psychiatres : figures d'autorité « naturelle ».....</i>	199
4.4.	<i>Les travailleurs sociaux et la parenté avec les adolescents.....</i>	201
5.	L'ABSENCE DES JUGES ET LES REFORMES JUDICIAIRES	204
5.1.	<i>Le magistrat absent : entre vulnérabilité et autorité.....</i>	204
5.2.	<i>Participation de la PJJ et réformes contemporaines.....</i>	207
6.	ACTEURS DE PREMIERE OU SECONDE LIGNE.....	208
6.1.	<i>L'implication : objet de divergence entre acteurs.....</i>	208
6.2.	<i>Au-delà des frontières professionnelles explicites.....</i>	213
6.3.	<i>Isomorphie du cas et de l'institution : la communauté de problème.....</i>	214
7.	SOLENNITE ET HUMOUR	216
7.1.	<i>Violences et vulnérabilité.....</i>	218
7.2.	<i>Le malaise professionnel et la coordination les interventions.....</i>	221
	RESUME DU CHAPITRE ET TRANSITION	226
	CHAPITRE 7 : ENTRE VULNERABILITE ET DANGEROUSITE	228
1.	UNE DEFINITION PRODUISANT L'ACCORD.....	228
1.1.	<i>Une définition consensuelle.....</i>	228
1.2.	<i>Des synonymes produisant l'accord.....</i>	230

2.	LE MAGISTERE DE LA CLINIQUE.....	232
2.1.	<i>Recadrer les désaccords entre professionnels.</i>	232
2.2.	<i>Construire l'analyse des cas.</i>	234
2.3.	<i>Trop de clinique, mais pas assez de clinique.</i>	236
3.	SOUFFRANT MAIS PAS MALADE.....	238
3.1.	<i>Des jeunes souffrants mais pas malades</i>	238
3.2.	<i>Une construction indépendante du savoir psychiatrique.</i>	241
3.3.	<i>Les rares cas d'enfants sont organisés autour de la maladie.</i>	245
3.4.	<i>Le silence, l'indifférence pratique et l'activité prudentielle</i>	247
4.	DESTIGMATISER	250
4.1.	<i>« Il a été adopté au village »: une déstigmatisation ethnique et migratoire.</i>	251
4.2.	<i>«Il doit faire sa peine » : échec du consensus.</i>	254
5.	REQUALIFIER LA VIOLENCE	257
5.1.	<i>Le « passage à l'acte ».</i>	257
5.2.	<i>La « crise ».</i>	258
5.3.	<i>Le clash</i>	260
5.4.	<i>Requalification professionnelle</i>	261
6.	SYMETRIE ENTRE PROFESSIONNELS ET ADOLESCENTS	262
6.1.	<i>Symétrie de vulnérabilité et de dangerosité.</i>	263
6.2.	<i>"Il est en danger de viol constamment"</i>	266
6.3.	<i>La vulnérabilité de l'adolescent « en danger ».</i>	266
6.4.	<i>Secret professionnel et vulnérabilité</i>	267
6.5.	<i>La peur : indicateur de la dangerosité.</i>	269
6.6.	<i>La dangerosité peu explicitée se lit dans la « trame ».</i>	271
	SYNTHESE DE LA PARTIE ET TRANSITION.....	274
	QUATRIEME PARTIE : TRAITEMENTS.....	275
	INTRODUCTION DE LA PARTIE	275
	CHAPITRE 8 : PERSONNALISATION ET DIFFERENCES DU TRAITEMENT	277
1.	CONTENIR : UN MOT, DEUX TRAITEMENTS, DES INSTITUTIONS.....	277
1.1.	<i>Un usage extensif</i>	277
1.2.	<i>Pluralité de sens : allier contrôle et care</i>	280
1.3.	<i>Les dispositifs : contenir par les lieux, contenir par les liens.</i>	282
2.	DEUX FIGURES SEXUEES DE LA DANGEROSITE ADOLESCENTE.....	284
2.1.	<i>Différence des sexes, différence des dangers.</i>	285

2.2.	<i>Le délinquant.</i>	287
2.3.	<i>La fugueuse.</i>	290
2.4.	<i>Le cas incertain de Laïs Mahloul.</i>	293
3.	L'ADHESION : AUTONOMIE ET CONSENTEMENT	297
3.1.	<i>Evaluer l'adhésion.</i>	298
3.2.	<i>L'adhésion: le propre de l'adolescent.</i>	301
4.	L'EVALUATION ETHIQUE DES TRAITEMENTS	302
4.1.	<i>Evaluation éthique de la contenance.</i>	302
4.2.	<i>Evaluation selon le sexe, la localisation et l'adhésion.</i>	304
4.3.	<i>L'intime et le genre.</i>	307
5.	LA CLINIQUE ET LES CARACTERISTIQUES SOCIALES DES ADOLESCENTS.	309
5.1.	<i>Une population socialement homogène.</i>	309
5.2.	<i>De rares analyses du statut migratoire.</i>	312
5.3.	<i>La clinique et le retrait de la question sociale.</i>	313
6.	LA SANCTION STRUCTURE	316
	<i>Le déclin de l'autorité.</i>	318
7.	LES TROIS EVIDENCES DU TRAITEMENT	321
7.1.	<i>Le « miracle » d'associer care et contrainte.</i>	321
7.2.	<i>Spatialisation du traitement.</i>	323
7.3.	<i>Le bénéfice thérapeutique de la sanction.</i>	324
	RESUME DU CHAPITRE ET TRANSITION	326
CHAPITRE 9 : L'ACTION PUBLIQUE ET SES DISCONTINUITES		327
1.	LES LIEUX COMME REFLETS DES POLITIQUES PUBLIQUES	327
1.1.	<i>Les lieux contiennent l'histoire.</i>	327
1.2.	<i>Continuité et discontinuité de l'asile.</i>	329
2.	"OU EST-IL ?" : LA PROBLEMATISATION AUTOUR DE L'HEBERGEMENT.	333
2.1.	<i>L'urgence sans fin.</i>	334
2.2.	<i>Le placement non-effectif.</i>	334
2.3.	<i>Une échéance à venir.</i>	335
3.	TRAITER UNE POPULATION INTERSTITIELLE.	336
3.1.	<i>La délégation : indice du sale boulot.</i>	336
3.2.	<i>Atmosphère affective des réunions.</i>	337
3.3.	<i>Incertitude cognitive et morale.</i>	339
3.4.	<i>Réduire l'incertitude.</i>	342

4.	DU MALAISE DES PROFESSIONNELS AU PROBLEME PUBLIC.....	344
4.1.	<i>Publier un problème interne : l'hébergement et l'ASE.....</i>	345
4.2.	<i>Le trouble signe le repérage d'un problème public.....</i>	345
4.3.	<i>Les psychiatres, nouveaux propriétaires du problème.....</i>	347
4.4.	<i>Désigner une marge.....</i>	349
5.	L'INDIVIDU ET SON TRAITEMENT	350
5.1.	<i>La personnalisation comme reconfiguration de l'institution totale.</i>	350
5.2.	<i>Adapter le traitement : entre interprétation et qualification.</i>	352
5.3.	<i>Le dilemme de la protection et de l'injonction à l'autonomie.</i>	354
5.4.	<i>Le consensus clinique solutionne l'anomie.</i>	356
	SYNTHESE DE LA PARTIE.....	358
	CONCLUSION	360
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	365
	ANNEXE 1 : PRINCIPAUX ACTEURS DU TERRAIN ETHNOGRAPHIQUE.....	388
	ANNEXE 2: CORPUS INITIAL SUR LES ADOLESCENTS DIFFICILES	390
	ANNEXE 3 : CORPUS INITIAL SUR « CONTENIR ».....	392
	ANNEXE 4 : CREATION DU RESEAU DOCUMENTAIRE	394
	RETICULATION SUIVANT LES CITATIONS	394
	RETICULATION SUIVANT LES INSTITUTIONS.....	394
	<i>Corpus para-législatif (1998-2009).....</i>	394
	<i>Documents des institutions du terrain ethnographique.....</i>	395
	<i>Documents archivés par la Direction de l'Education Surveillée et la Direction de la PJJ</i>	395
	RETICULATION SUIVANT LES AUTEURS.....	396
	<i>Autres documents et écrits produits par les mêmes auteurs.....</i>	396
	<i>Interviews filmés, films documentaires.</i>	396
	ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	397

INTRODUCTION

Vincent : interpellation inaugurale.

En ce jour de septembre 2011, le réseau des « adolescents en grande difficulté » examine la situation du jeune Vincent, âgé de 17 ans et 11 mois. Vincent est suivi par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) après avoir été condamné pour le viol d'une jeune fille de son âge. A l'extrémité d'un arrangement rectangulaire de tables, les « professionnels venus pour la présentation » de Vincent sont au nombre de deux : la psychologue au Centre Educatif Fermé (CEF) où celui-ci est hébergé depuis près de 2 ans, et l'éducatrice en milieu ouvert à la PJJ en charge de son dossier. Face à elles, une demi-douzaine de « membres permanents » représente diverses institutions en charge d'adolescents : psychiatres hospitaliers, directeurs d'établissements éducatifs, représentant de l'inspection académique... Ils entourent deux organisatrices : Raphaëlle Maillet, directrice de la PJJ sur le territoire concerné et Ghislaine Poncet, directrice adjointe de la protection de l'enfance au Conseil Général.

L'éducatrice présente la situation de Vincent. Ce « jeune homme » est connu de son service depuis l'âge de 14 ans, la PJJ ayant été initialement missionnée d'une investigation éducative suite à sa mise en examen pour des attouchements sur une jeune fille scolarisée dans le même collège que lui. Durant cette mesure d'investigation, Vincent fut également poursuivi pour des faits criminels de viol envers une autre jeune fille de son âge, survenus antérieurement aux attouchements. Le parcours de Vincent est décrit avec calme par son éducatrice mais il ressemble à une accumulation de faits accablants envers la famille de celui-ci. « Il a subi des choses, des violences, a assisté à des choses dans son enfance » dit-

elle, avant de poursuivre le récit suivant. Vincent est issu de parents très instables dans leur vie conjugale, qui ont pratiqué l'échangisme sexuel devant leurs enfants en bas âge. Il n'a visiblement reçu aucun cadre structurant de leur part : au moment de sa mise en examen, Vincent vivait lui-même en couple avec une jeune fille de 3 ans son aînée chez ses propres parents. Ceux-ci s'adressaient à lui pour savoir s'ils devaient eux-mêmes avoir un nouvel enfant. Son père, menant une vie marginale entre le domicile conjugal et des foyers de sans-abris, refusait de constituer un dossier de surendettement tout en cachant sa prodigalité aux services sociaux. Après une période de contrôle judiciaire dans l'attente de sa comparution, Vincent fut jugé à l'âge de 16 ans et condamné à une peine de détention criminelle. Il a effectué cette peine sous forme d'un aménagement, placé sous écrou pendant un an dans le CEF où il est resté depuis, faute de toute autre solution d'hébergement. A la fin de sa peine, à l'âge de 17 ans, son éducatrice n'a trouvé aucun établissement éducatif acceptant de recevoir Vincent. Elle explique que les refus des structures d'hébergement conventionnelles arguaient des problèmes « de groupe » lié à Vincent, ce qui met en exergue une crainte liée à la nature sexuelle et criminelle de son acte. Le placement au titre civil de la protection de l'enfance décidé par le juge a donc été exécuté de fait au CEF. Sur le plan pénal, Vincent est depuis sa fin de détention sous le coup d'un sursis mise à l'épreuve avec obligations de soins psychologiques, de formation et de répondre aux convocations du juge et des éducateurs.

Cette réunion a lieu quelques semaines avant le « meurtre d'Agnès ». Le dimanche 20 novembre 2011, Agnès Marin, une jeune interne de 13 ans, est violée et tuée. Dans les jours qui suivent, un autre pensionnaire de 17 ans, scolarisé dans le même internat en Haute-Loire, est suspecté et poursuivi, alors qu'il était déjà mis en examen pour un viol. Ce sinistre fait-divers fait l'objet d'une attention médiatique et politique aussi bruyante que brève, six mois avant l'élection présidentielle de mai 2012. Le « suivi du suspect » (et plus précisément la confidentialité de son statut de justiciable au sein de son internat scolaire) est l'objet de discussions polémiques, alors que les questions de sécurité et de délinquance, en particulier de délinquance des mineurs, sont régulièrement revenues dans les agendas politiques et les affichages de campagne lors de l'élection de Jacques Chirac en 2002. Le ministre de la Justice et Garde de Sceaux, Michel Mercier, qualifie ce drame d'« horreur absolue » et, à sa suite, le chef du gouvernement, François Fillon, engage diverses propositions visant à « évaluer la dangerosité », « délivrer (des) soins » et « placer en centre fermé » les

« mineurs (responsables des) crimes les plus graves ». De nombreuses voix se font entendre pour contester ces positions, tant dans les partis politiques de l'opposition que dans le monde intellectuel.

Le meurtre d'Agnès Marin a brièvement projeté au-devant de la scène médiatique la question des liens entre les dispositifs psychiatriques, judiciaires et éducatifs, les saisissant sous la lumière crue de la surveillance et de la prévention de la récidive criminelle. Au cours de la séance, l'hébergement de Vincent est la question qui anime et inquiète les professionnels en charge de son dossier. Mais ce n'est pas ici l'impossibilité de trouver une place conventionnelle après l'exécution de la peine au CEF qui pose problème. « Il a le record de placement au CEF (...) il faut dire que ce n'est pas un délinquant-type » affirme sa psychologue. Il apparaît, en fait, qu'un désaccord oppose la psychologue et l'éducatrice de Vincent. Alors que la date de sa majorité approche, signifiant la fin de son placement judiciaire au CEF, Vincent demande à aller vivre chez sa grand-mère paternelle, atteinte depuis peu d'un cancer. L'éducatrice est défavorable à une telle solution. Elle voit un danger pour Vincent dans ce retour au sein de la famille paternelle : « on a l'inquiétude que la famille du père vienne le phagocyter chez sa grand-mère. Lui-même, il ne sait pas s'il va arriver à garder cette distance avec sa famille en étant chez sa grand-mère. (...). Va-t-il être repris dans cette toile d'araignée ? ». A cette inquiétude, la psychologue oppose les « progrès » faits par Vincent lors du séjour au CEF, met en garde contre le fait de lui « coller une identité de violeur » et estime que « la toile d'araignée, c'est pas un problème s'il y a un espace pour faire un travail. Il faut le laisser expérimenter le retour chez sa grand-mère. » Si l'accent est placé plutôt sur ses « progrès » que ses « difficultés », aucun acteur ne conteste la qualification de Vincent comme adolescent « en grande difficulté ». Cette qualification se voit partagée par les différents professionnels présents, issus de la psychiatrie, de la justice et de l'éducation spécialisée. Les acteurs sont ici mobilisés par le lieu d'assignation de Vincent, non seulement sur le plan concret de l'hébergement, mais aussi en termes d'inscription dans un dispositif et d'analyse selon un « type » de cas.

Se rangeant derrière l'avis du Docteur Gabrielle Dumont, psychiatre hospitalière, les membres permanents de ce réseau jugent qu'il faut un « projet suffisamment contenant pour ce jeune, (qui) a commis un viol, puis des attouchements sexuels ». Diverses solutions « contenant » sont envisagées : un suivi en centre médico psychologique (CMP) avec groupe du soir dans le cadre de l'obligation pénale de soins psychologiques, une formation

en apprentissage « cadrante » chez un « patron », un hébergement éducatif en Foyer de Jeunes Travailleurs avec suivi par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Lorsque la séance est levée, un accord s'établit entre les participants, et ils formulent un sentiment de satisfaction : il est envisagé de donner une réponse favorable à la demande de Vincent tout en l'encadrant par l'assemblage des moyens « contenant » évoqués.

La « dangerosité » invoquée avec force par le premier ministre quelques semaines plus tard ne figure qu'en filigrane dans cette séquence. Elle semble un implicite chez les acteurs du réseau, qui la situent dans un rapport dialectique permanent avec le statut « en danger » de Vincent et avec sa vulnérabilité. Progressivement au cours de la séance, l'inquiétude de la récurrence criminelle émerge alors que, dans le même temps, les membres du réseau se montrent préoccupés de protéger Vincent de la nocivité du milieu familial, de la stigmatisation collective et de l'exclusion institutionnelle. Rassemblées sous le qualificatif indigène de « contenant », les solutions qui sont envisagées allient un ensemble hétérogène de mesures (psychothérapie, conseils éducatifs, insertion professionnelle, convocation, règles contraignantes, surveillance) réparties entre divers dispositifs éducatifs, psychiatriques et judiciaires.

Une anthropologie clinique du souci des adolescents.

Partant du cas particulier des adolescents « difficiles » en France, cette thèse enquête sur les évolutions contemporaines du traitement public des déviations juvéniles mis en œuvre dans la pratique d'un souci des adolescents. Les deux premiers chapitres situeront l'objet et la méthode de cette enquête. Dans le chapitre 1, nous montrerons l'ubiquité de la problématisation des adolescents difficiles dans le champ social depuis la fin des années 1990 en France. Définis par des comportements violents et transgressifs, par une carence familiale et par le malaise engendré chez les accompagnants, les adolescents difficiles constituent à la fois une catégorie clinique faisant l'objet de publications scientifiques et professionnelles et une catégorie de l'action publique organisant un agenda politique et des pratiques institutionnelles spécifiques. Dans le chapitre 2, nous situerons le développement de ces savoirs et de ces pratiques parmi des évolutions significatives touchant les quatre grands domaines du traitement public de la déviance juvénile. Justice, pédagogie

spécialisée, protection de l'enfance et psychiatrie sont traversées simultanément par des reconfigurations topographiques correspondant à de nouveaux modes de territorialisation de l'action publique et à de nouvelles politiques de la souffrance et du gouvernement des corps. Les sciences sociales ont développé des analyses opérant pour l'essentiel à partir des frontières entre ces quatre secteurs, alors même que ces frontières s'affaiblissent et sont remises en cause.

En s'appuyant sur une conception pragmatiste des problèmes sociaux, cette thèse développe une anthropologie de la santé mentale, déclinée en deux volets. D'une part, nous développerons une analyse du traitement contemporain de la déviance adolescente en nous appuyant sur la problématisation faite par une diversité d'institutions à l'aide d'une catégorie de la psychopathologie clinique. D'autre part, nous développerons une anthropologie de la clinique, attentive aux usages différentiels de cette catégorie et aux jugements éthiques mobilisés par les acteurs institutionnels. Une double méthodologie soutiendra cette anthropologie : une généalogie constituée à partir d'un corpus documentaire, une ethnographie monographique d'un réseau inter-institutionnel pour adolescents difficiles.

Dans la seconde partie, nous présenterons et analyserons les résultats de l'enquête généalogique. Le chapitre 3 resituera les savoirs sur les adolescents difficiles dans l'apparition des disciplines de l'adolescence à travers le monde Occidental depuis le 19^e siècle. Dans les chapitres 4 et 5, nous présenterons la généalogie de cette catégorie clinique et de la contenance comme idéologie de traitement. Les deux dernières parties de la thèse s'appuieront sur l'enquête ethnographique. Les chapitres 6 et 7 exploreront la mise en pratique de cette catégorie clinique, politique et institutionnelle sur le terrain. Nous y examinerons la double préoccupation pour la vulnérabilité des adolescents et pour leur dangerosité. Dans les deux derniers chapitres, nous montrerons comment les modes de traitement des adolescents exploitent l'ambiguïté dans la définition de la « difficulté », suspendue de manière indéterminée entre les adolescents et les professionnels.

Le cas de Vincent, exemplaire des différentes dimensions qu'explore cette thèse, servira de fil rouge à la présentation de notre enquête.

PREMIÈRE PARTIE : DE L'OBJET À LA MÉTHODE

Introduction de la partie

Coïncidant de peu avec la réunion sur le cas de Vincent, le débat public sur le meurtre d'Agnès Marin porte sur la dangerosité mais aussi sur les « soins » à prodiguer aux mineurs délinquants. De manière divergente et à des échelles distinctes, ces deux scènes sociales illustrent une double préoccupation pour la violence des adolescents et pour leur santé mentale. Cristallisée au tournant des années 1990 et 2000, elle constitue un « souci des adolescents » qui occupe une place croissante dans les politiques publiques et les actions institutionnelles. Ce souci se décline de deux façons autour de la notion « d'adolescents difficiles ». D'une part, il est à l'origine d'idées et des conceptions, exprimées dans la littérature scientifique, dans les congrès ou réunions professionnels, ou bien encore dans les écrits d'institutions éducatives, judiciaires, pédagogiques ou psychiatriques. De l'autre, il se met en œuvre dans des organisations pratiques : des services d'hospitalisation, des centres éducatifs spécifiques, des lieux de consultations pluri disciplinaires, des réseaux inter-institutionnels, des formations académiques interprofessionnelles. Dans cette première partie, nous allons constituer ce souci des adolescents comme objet de notre recherche. Le premier chapitre décrit succinctement les déclinaisons politiques, institutionnelles et cliniques des adolescents difficiles. Le second situe le contexte social dans lequel elles émergent ainsi que les analyses qu'elles ont convoquées à ce jour. Nous finirons cette partie en présentant la double méthodologie anthropologique, généalogique et ethnographique, que nous utiliserons pour explorer cet objet.

CHAPITRE 1 : LE SOUCI DES ADOLESCENTS DIFFICILES.

1. Définition d'une clinique.

Au début des années 2000, les adolescents « difficiles » connaissent de multiples usages sociaux, répartis schématiquement en trois domaines : des écrits théoriques, des politiques publiques et des pratiques institutionnelles spécifiques.

1.1. Signes et étiologie d'une catégorie.

A cette période, la catégorie des adolescents « difficiles » ou « en grande difficulté » fait l'objet d'articles dans des revues, livres et communications à des colloques professionnels de la part de cliniciens, psychiatres et psychologues, travaillant avec les équipes éducatives et le système judiciaire (Gansel et Pétrouchine 2015).

En 2000, Sophie Dumay, psychiatre exerçant dans un établissement de soins public en région parisienne, relate dans un article l'expérience locale de construction d'un réseau inter-institutionnel pour adolescents difficiles (Dumay 2000). Exemple de cette littérature clinique, ce texte est publié dans « Enfance et psy », une revue qui, couplée avec l'organisation de colloques, se destine avant tout à un public professionnel gravitant autour de l'enfance : pédagogues, travailleurs sociaux, acteurs de la psychiatrie et de la justice de mineurs¹. La ligne éditoriale de cette publication vise une vulgarisation professionnelle de savoirs théoriques afin d'aider et d'éclairer les pratiques de ces agents institutionnels. Quoique peu considérées du point de vue académique, les revues comme *Enfance et psy* où se développe la littérature sur les adolescents difficiles trouvent un écho difficilement mesurable mais significatif parmi cette vaste audience professionnelle. Elles bénéficient en

¹ <http://enfancesetpsy.fr>, consulté le 12 juin 2015

particulier de leur diffusion sur le site Cairn², permettant une lisibilité pour un public francophone et une accessibilité des textes via les abonnements institutionnels. Dans cet article, Dumay définit les adolescents difficiles dans les termes suivants, qui mettent l'accent sur les réactions des professionnels :

« (Ces adolescents), en souffrance, qui se situent à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif, et dont l'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et de la destructivité, sont le plus souvent déscolarisés, en voie de marginalisation. Ils engendrent presque toujours chez les équipes soignantes, pédagogiques et judiciaires un hyper-investissement suivi de rejets et de rupture » (*Ibid.*, p. 144).

Ces adolescents sont « souffrants » mais pas totalement « psychiatriques » : ils se caractérisent par leur localisation indéfinissable, entre les différentes institutions, ainsi que par les réactions affectives de professionnels (hyper-investissement suivi de rejet). La « carence » est la cause de cette condition selon Dumay, qui décrit « l'enfance de ces sujets, heurtés dès leur plus jeune âge à un chaos affectif familial » (*Ibid.*, p. 145). Ce « chaos familial » conduit à une anomalie de développement dès la petite enfance, à « mi-chemin » entre la « phase symbiotique » et la « phase d'individuation-séparation ».

Dans le même type de revue professionnelle, Laetitia Violet-Chartier donne en 2011 une définition similaire de ces adolescents « non psychiatriques » rencontrés dans les interstices des institutions (Violet-Chartier 2011, p. 52). Psychiatre et psychanalyste lacanienne³ en région parisienne, ayant longtemps travaillé avec les équipes éducatives, Laetitia Violet-Chartier est l'épouse de Jean-Pierre Chartier (1945-2015). Ce dernier est fréquemment présenté comme ayant la « paternité » des adolescents difficiles (Desquesnes et Proia-Lelouey 2011). Au cours des années 2000, il sert de référence à nombre de cliniciens et se voit cité pour son livre éponyme « les adolescents difficiles : Psychanalyse et éducation spécialisée ». Paru initialement en 1994 aux éditions Privat, cet ouvrage est réédité ensuite à trois reprises par Dunod. Ces deux maisons d'édition suivent des lignes superposables à celle des revues comme *Enfance et psy*, en ce qu'elles visent plus une audience professionnelle qu'une reconnaissance par l'excellence académique. À partir de la fin des années 1990,

² <http://www.cairn.info>, consulté le 15 décembre 2015.

³ Elle est affiliée au Quatrième Groupe :

Laetitia Violet-Chartier publie avec son époux une série de textes relatifs à la clinique des adolescents. Dans son article de 2011, elle décrit :

« (Ces) sujets transgressifs, dits difficiles, considérés comme « non psychiatriques » (ce qui veut dire qu'ils ne manifestent ni délires ni hallucinations), qu'il m'a été donné de connaître dans des circuits institutionnels interdisciplinaires » (Violet-Chartier 2011, p. 54).

Elle souligne qu'il s'agit de « sujet précocement déprivés » (*Ibid.*).

Roland Coenen est un auteur belge francophone particulièrement actif sur la question des adolescents difficiles. Directeur d'un établissement d'hébergement éducatif pour adolescents (les Tamaris), Coenen se présente volontiers comme « éducateur et psychothérapeute ». Il se situe dans un référentiel théorique sensiblement différent des psychanalystes comme le couple Chartier et s'inspire des données neuroscientifiques du développement de l'enfant et des théories systémiques issues de l'école de Paolo Alto. Pourtant, Coenen décrit la même clinique des adolescents difficiles et en établit les mêmes causes carenciales. Il souligne la politique institutionnelle déployée dans son établissement pour traiter cette population spécifique en évitant « l'exclusion » considérée comme « une maltraitance ». C'est le cas dans un article de 2001, où Coenen livre une définition des adolescents difficiles appuyée par un long préambule appelant à la prudence face au risque de stigmatisation (Coenen 2001). Il y rappelle la relativité de cette définition aux professionnels. Ces précautions prises, il s'efforce de préciser :

« Si, à nouveau, la subjectivité intervient – tout le monde n'est pas en échec face aux mêmes choses – il faut reconnaître qu'il existe des adolescents vis-à-vis desquels la formation, le talent, l'intelligence de l'intervention sont toujours mis en péril. Dès lors, cette constatation rejoint la norme objective : il existe bel et bien une **catégorie**⁴ de personnalités qui rend les suivis ardu pour tout le monde. (...) Si tous les adolescents difficiles sont différents, leur catégorisation devient possible par leur point commun : notre mise en échec » (*Ibid.*, p. 135).

Là aussi, cette définition des adolescents difficiles s'appuie sur des concepts exclusivement psychologiques, faisant référence à la « carence » dans les liens précoces de l'adolescent avec ses parents :

⁴ Je souligne.

« Ces personnalités « difficiles » traduisent un état de relation parent-enfant carencée qui n'a pas permis de développer totalement le programme d'adaptation à l'autre. La cause en est, principalement, la difficulté d'une relation fiable, aimante, et contenant avec les parents.» (*Ibid.*, p. 136).

En 2004, Coenen est l'auteur d'un ouvrage sur « l'adolescence à risques » (Coenen 2004) où il reprend plus en détails les notions développées dans ses précédents articles (Coenen 2002) et met en perspective avec des théories neuro-développementales. Plusieurs ouvrages similaires, écrits par des travailleurs sociaux et des cliniciens, sont également publiés à partir de 2000. En 2003, Daniel Granval, éducateur devenu directeur d'établissement, s'attachait à recenser des « expériences innovantes » pour accueillir les adolescents difficiles (Granval 2003). En 2012, Eliane Bouyssi re-Catusse et Jean-Philippe Raynaud publiaient un livre ambitionnant de favoriser les « complémentarités institutionnelles » au sujet de cette population spécifique, s'appuyant sur leurs expériences et leurs savoirs respectifs d'éducatrice et de psychiatre (Bouyssi re-Catusse et Raynaud 2012). En 2014, le psychologue clinicien Bernard Gaillard, maître de conférence à l'université de Rennes, publiait également un ouvrage sur les adolescents difficiles (Gaillard 2014). Dans les suites de ses travaux sur la délinquance des mineurs, il insistait sur le caractère « socialement et institutionnellement construit » de cet objet. Dans un article paru en 2003, un travailleur social directeur d'établissement éducatif, Jean-Marie Villat, et un pédopsychiatre, Raymond Traube, tous deux suisses, abordent les « complémentarités et crises » entre leurs interventions (Traube et Villat 2003). Bien que, tout comme Coenen en Belgique, ils se départissent des références psychanalytiques particulièrement répandues en France au profit de théories systémiques, ces auteurs produisent le même propos : les difficultés des professionnels sont liées aux caractéristiques des adolescents difficiles.

Ces différents textes organisent tous la définition des adolescents difficiles autour du malaise qu'ils engendrent chez les professionnels. Si l'article de Coenen, parmi tant d'autres, refl te la stabilité presque minérale de cette définition clinique, il a la particularité remarquable de souligner un point : les adolescents difficiles sont une catégorie. Il peut y avoir différentes formes, délinquante ou non (comme le rappelle Gaillard), différentes dénominations peuvent coexister (« ado limites », « à risque », « en grande difficulté »), mais les adolescents difficiles répondent à une définition précise. Celle-ci se formule en termes cliniques et repose sur trois points :

- a. les comportements déviants et perturbateurs des adolescents, au premier rang desquels la violence et la fugue,
- b. Leur absence de pathologie psychiatrique,
- c. et enfin, les réactions particulières suscitées dans leur entourage, et en particulier chez les professionnels, qui entraînent leur exclusion des institutions.

Ces différents symptômes ont une cause commune gravitant autour de l'idée de « carence » dans le cadre éducatif parental. Il faut noter que cette cause comme ces différents symptômes sont tous formulés en termes de « souffrance ». Les adolescents souffrent de leur histoire familiale, de leur violence, de leur rejet. Ils sont souffrants mais pas malades.

1.2. « Non-demande »: justifier la contrainte pour éviter l'exclusion.

Dans son ouvrage paru en 2004, Coenen dénonce « l'échec de la pédagogie du contrat » (Coenen 2004, p. 74) et propose de substituer celle de la « non-demande » (Coenen 2002, p. 69) de l'adolescent. Pour cette catégorie d'adolescents, estime-t-il, la demande d'aide ne peut pas émerger, du fait de leurs caractéristiques propres (incapacité à supporter la dépendance, mise en cause de sa puissance), qui sont elles-mêmes liées aux carences vécues dans leur histoire infantile. Il est donc impossible d'établir un contrat réciproque entre une demande et un service. De cette impossibilité d'une relation contractuelle, Coenen déduit la nécessité d'établir le « non-renvoi » de l'adolescent comme « base essentielle, préalable, incontournable » pour traiter les adolescents difficiles. Comme l'indique le titre de son article (« l'exclusion est une maltraitance »), Coenen dénonce le renvoi des adolescents hors des dispositifs et, ce faisant, il les construit comme vulnérables (en danger d'être maltraités, comme ils l'ont été enfants). Il met en avant le caractère répressif de cette mesure :

« La menace (de renvoi) vise surtout à brimer l'expression des symptômes, tout comme les manifestations de la rébellion, qui, somme toute, sont les modes de révélation de la personnalité. » (Coenen 2004, p. 144).

Se pose alors le problème de la sanction : lorsqu'on ne renvoie pas, comment peut-on sanctionner ? Coenen reste persuadé du bien-fondé de la sanction comme

« Une forme de rituel de soumission à la règle. En exécutant sa sanction, l'adolescent manifeste publiquement qu'il reconnaît et accepte l'autorité, la loi des adultes » (*Ibid.*).

L'usage de la contrainte voire de l'enfermement est abordé pour les faits les plus graves. L'auteur justifie ces mesures coercitives par leur caractère « contenant », assurant une sécurité et signifiant une forme de stabilité à l'adolescent :

« Si un jeune vole, ou agresse, il nous arrive de l'adresser à la police. Notre position en ce sens reste de susciter la réponse normale de la société à laquelle il appartient. Il arrive que des jeunes placés aux Tamaris fassent un séjour de quinze jours en centre fermé – voire en prison, comme la loi belge le permet encore – pour nous revenir après. L'objectif de sécurité du lien reste primordial. En centre fermé, le jeune est visité, on lui téléphone, et il est assuré de garder sa place. Jamais le symptôme ne signifie une rupture. Au contraire, l'expression délictueuse est l'occasion de réaliser que l'adulte peut être contenant, c'est-à-dire : détenteur de solutions relationnelles performantes pour assurer la continuité » (*Ibid.*).

Coenen précise ensuite :

« Il conviendrait sans doute d'appeler (les adolescents «difficiles») plus judicieusement adolescents non-compliants, ou adolescents en grande difficulté » (*Ibid.*, p. 146).

Dans le même temps que cette justification de la contrainte apparaît, la dénomination de la catégorie se voit modulée, dans une formulation plus empathique : les « adolescents en grande difficulté ».

2. Les adolescents difficiles sur l'agenda politique

Au tournant des années 1990 et 2000, alors qu'elle s'épanouit dans la littérature psychiatrique, la notion d'adolescents difficiles devient l'objet de politiques publiques à un niveau national. Elle figure ainsi dans divers textes para-législatifs : rapports des instances parlementaires, rapports au ministre, circulaires et études des administrations sanitaires, sociales et judiciaires de l'Etat.

En 1998, un rapport sur la délinquance des mineurs est réalisé par deux élus parlementaires socialistes, Christine Lazerges et Jean-Pierre Balduyck. Il identifie les problèmes posés par les adolescents « particulièrement difficiles », « à la limite », en particulier dans l'articulation entre service de la PJJ et secteurs psychiatriques (Lazerges et Balduyck 1998, p. 27).

« En 1991, la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse relevait : "Face à la présence croissante de jeunes à la limite du psychiatrique, un certain nombre d'équipes éducatives s'avouent démunies, incompetentes, poussées, contre leur gré, au-delà des limites de leur champ normal d'intervention. Parallèlement, un discours identique est -d'un point de vue opposé- tenu par les personnels de santé mentale qui, face aux difficultés sociales manifestées par ces mêmes jeunes, brandissent la spécificité médicale de leur profession." »

Tenu à Paris en mai 2000, sous l'égide de l'Etat, le Séminaire Santé et Justice sur « la prise en charge des mineurs en grande difficulté » poursuit cette problématisation (Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités 2000). La note introductive des actes reprend la définition classique des adolescents difficiles, ciblant la souffrance des adolescents difficiles, leur violence et leur exclusion des institutions.

Des « jeunes mineurs » qui « souffrent de difficultés psychiques (...) n'entrant pas toujours dans la grille nosographique psychiatrique traditionnelle », qui « déstabilisent le fonctionnement institutionnel » et « provoquent chez les professionnels un sentiment d'inquiétude et d'impuissance » (*Ibid.*, p. 1).

A cette même période, se déploie une double préoccupation pour la souffrance des adolescents et pour leur violence « subie ou agie », envers eux-mêmes ou envers autrui. Le Haut Comité de la Santé Publique consacre ainsi un rapport à ces questions début 2000.

En 2002, un texte interministériel se consacre également aux adolescents difficiles (Direction Générale de la Santé et al. 2002). Il adresse des directives à diverses administrations de l'Etat, aux communautés territoriales et au secteur privé associatif qu'elles conventionnent en vue d'une « prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté ». Cette circulaire s'inscrit dans la suite du Séminaire Santé et Justice et poursuit une « approche globale de l'adolescent ». Elle enjoint aux acteurs institutionnels d'inscrire comme une priorité la « santé » des « adolescents en grande difficulté », notamment pour ceux faisant l'objet de « décisions judiciaires ». L'objectif affiché est de « permettre une meilleure association des compétences de chacun

des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social ». Faisant la promotion du « travail clinique » (*Ibid.*, p. 3.4), elle souligne :

« (La) spécificité d'une clinique de l'adolescence, marquée par l'importance de la violence, de la transgression et du passage à l'acte » (*Ibid.*, p. 2.2) et « la souffrance psychique parfois intolérable (des adolescents difficiles) dont leur comportement ou leur passage à l'acte témoignent, laissent les institutions démunies (...) L'adolescent difficile ne trouve pas de réponse adéquate dans le cadre de son environnement qu'il met en tension ou en échec, induisant de ce fait des attitudes de ruptures et de rejet et le renvoi sur d'autres filières de prise en charge, souhaitées plus « contenant » » (*Ibid.*, p. 1.1).

« Il convient de proposer des réponses multiples à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques qui ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler en tant que de besoin ou se relayer sans discontinuité » (*Ibid.*, p. 1.3).

Se superposent ici l'adolescent « en difficulté » et l'adolescent « difficile », récalcitrant à l'éducation et perturbant les institutions éducatives. Comme celui de « troubles psychosociaux » également utilisé dans la circulaire, ces termes sont génériques, susceptibles de circuler entre psychiatres, psychologues, magistrats, pédagogues et éducateurs. Dans le même temps où, depuis 1998, l'adolescence difficile est reformulée de manière empathique en adolescence « en difficulté », la déviance occupe une place de plus en plus envahissante dans sa définition. Le programme établi par la circulaire demande l'instauration du travail de réseau dont le secteur psychiatrique reste le centre, prévoyant des postes de coordonnateurs « rattachés à la psychiatrie publique » dans les Agences Régionales de Santé (*Ibid.*, p. 3.1).

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la délinquance des mineurs, paru également en 2002, use à diverses occasions de la catégorie des adolescents difficiles ou en difficulté, se référant à la même définition clinique (Schosteck et Carle 2002). Les rapporteurs dressent un constat assez superposable à celui de la circulaire interministérielle de la même année, rapprochant souffrance, santé et déviance :

« L'état sanitaire des mineurs (délinquants) est souvent déplorable. Tandis que beaucoup souffrent de problèmes comportementaux sérieux, le plus grand nombre abuse de substance telle l'alcool ou les drogues » (*Ibid.*, p. 36).

Appuyé sur ce constat, le rapport propose des conclusions sensiblement différentes de celle de la circulaire interministérielle pour répondre aux problèmes posés par « les jeunes les plus difficiles ». Le propos général du rapport est des plus directs, soutenu par un ton très familier, bien différent de la rhétorique administrative et policée de la circulaire. Il ne laisse pas présager à des conclusions modérées : il s'agit de rapprocher éducation et sanction et de ré-envisager l'enfermement des mineurs comme :

«une phase de contention pendant laquelle le parcours éducatif se poursuit» (*Ibid.*, p. 9).

La loi programmant la création des Centres Educatifs Fermés (CEF) sera votée 3 mois plus tard.

A l'extrême inverse de traitement en enfermement, l'Inspection Générale des Affaires Sociales rend en 2005 un rapport sur les « jeunes en difficultés dans leur environnement » (Boutereau-Tichet, Jourdain-Menninger et Lannelongue 2005). Ce rapport utilise, lui aussi, une référence à l'expertise clinique pour définir cette catégorie d'action publique : il cite les conceptions avancées par le Dr Stanislas Tomkiewicz (*Ibid.*, p. 5). Mais, à l'opposé des projets législatifs sur le droit pénal des mineurs, il examine le traitement des adolescents hors de toute prise en charge résidentielle. Les rapporteurs soulignent le problème de la multiplication des interventions pour un même adolescent, qui cumule scolarité en milieu spécialisé, suivi PJJ, mesure de protection de l'enfance exercé par l'ASE ou un mandataire associatif et soin sur le secteur psychiatrique (*Ibid.*, p. 2). À l'instar de la circulaire de 2002, ce rapport préconise le travail en « réseau », organisé à une échelle locale autour de l'expertise clinique, pour éviter « deux écueils : attribuer à un trouble mental les difficultés des jeunes, ignorer la composante pathologique des difficultés » (*Ibid.*, p. 44). A une échelle nationale, les rapporteurs soulignent également la nécessité d'une meilleure coordination des politiques sanitaires et sociales par les instances de l'Etat et par différentes organisations publiques opérant à l'échelle nationale (telles l'Observatoire National de l'Enfance en Danger).

En 2008, une commission est mandatée par le Garde de Sceaux, Rachida Dati, pour proposer une réforme de l'ordonnance de 1945. La lettre de mission de Mme Dati assignait André Varinard, professeur de droit pénal et président de la commission, deux objectifs : d'une part, « assurer une plus grande lisibilité de la justice pénale des mineurs », d'autre part, « proposer des solutions nouvelles permettant d'apporter une réponse plus adaptée à la

délinquance des jeunes » (Varinard 2008, p. 30). Sur ce dernier point, la commission Varinard convoque largement l'expertise clinique de la psychiatrie. Elle définit ainsi des « troubles limites », qui se distinguent des « troubles psychiatriques avérés » ou « reconnus comme tels par les classifications » (*Ibid.*, p. 209-210). Conformément à la définition de l'adolescence difficile, ces troubles limites se caractérisent par une souffrance ne s'intégrant pas dans une pathologie médicale « reconnue », par des actes transgressifs et par les réactions qu'ils provoquent dans leur entourage : leurs « comportements mettent à mal les structures éducatives » et « sont la manifestation exclusive ou dominante des difficultés psychiques sous-jacentes » (*Ibid.*, p. 210). Après avoir auditionné le psychiatre Michel Botbol, la commission analyse le problème de « l'inadéquation des réponses » faites aux adolescents difficiles.

« les mineurs multirécidivants (sont) le plus souvent des mineurs en grande souffrance, notamment en raison de l'inadéquation des réponses apportées par les adultes aux actes qu'ils commettent » (*Ibid.*, p. 52).

Du fait de leurs caractéristiques propres, les adolescents difficiles, aussi désignés par les rapporteurs comme « limites » ou « en grande souffrance », se retrouvent exclus de tous les dispositifs de la PJJ :

« (Ils) ne peuvent supporter la mise en place d'un lien ou d'une contenance continue sans la remettre en cause violemment » (*Ibid.*, p. 211)

Puis, la commission déduit que :

« la contrainte apparaît comme une réponse nécessaire parce qu'elle est une manifestation de l'autre ; elle doit alors être pensée comme une « aide-contrainte » et la réponse institutionnelle doit être en même temps suffisamment contraignante et inscrite dans un projet éducatif et thérapeutique » (*Ibid.*, p. 52).

Le rapport indique que l'inadéquation des établissements et des adolescents en difficulté conduit à produire des « incasables » (*Ibid.*, p. 211). Cette formulation, ici attribuée à la lecture profane des professionnels éducatifs, se distingue de l'expertise clinique. Selon l'expertise clinique, « l'inadéquation » des adultes renvoie autant à un présent (de la prise en charge éducative) qu'à l'histoire passée (infantile et familiale) des adolescents. Implicitement, comme le souligne le ton affirmé et direct de ces rapports, c'est le manque de fermeté et la défaillance de l'autorité qui sont ici pointés. Ce manque d'autorité est tant le fait (passé) des parents que celui (actuel) des institutions. Les besoins particuliers des

adolescents difficiles confèrent une vertu thérapeutique et transformatrice de la sanction : la contrainte est une « manifestation de l'autre », elle évite de « rejouer » le vécu infantile des adolescents et œuvre à leur transformation subjective.

Présentant son rapport à l'Assemblée Nationale en décembre 2009, la « Mission d'information sur l'exécution des décisions de justice pénale » présidé par Michel Zumkeller reprend largement ces considérations sur l'adolescence difficile (Zumkeller et Warsman 2009). Il insiste avec empathie sur les « blessures » des adolescents et leur caractère rétif et insoumis qui en découle. Y sont associés la « souffrance » de l'adolescent et ses « troubles du comportement », perturbateurs voire intolérables pour les institutions judiciaires. Comme André Varinard, les rapporteurs s'appuient sur cette expertise clinique pour justifier la création de lieux spécialisés « contenant » :

« Il faut trouver des lieux d'hébergement suffisamment pacificateurs pour ces mineurs qui manifestent leur souffrance sur un mode relationnel altéré empreint tantôt de domination turbulente ou violente tantôt d'inhibition et d'incapacité faute de pouvoir s'exprimer autrement. Ces lieux doivent permettre de **contenir** les tendances asociales et offrir des organisations suffisamment souples pour s'adapter aux attaques incessantes de ce qui représente l'autorité. Ces structures d'accueil doivent aussi être en mesure de traiter la souffrance psychique et les blessures narcissiques de ces mineurs qui ont une image d'eux-mêmes dépréciée et que les autres ont tendance à rejeter en raison de leur comportement perturbateur. Ces blessures se traduisent souvent par des troubles du langage (dyslexie, dysgraphie) ou par une incapacité à se **contenir** sur le plan moteur » (*Ibid.*, p. 61)⁵.

Contrairement au rapport Varinard, la contrainte n'est pas explicitement mentionnée. Pourtant, sous le champ sémantique de « contenir » la suite du rapport s'oriente nettement dans ce sens, citant les CEF et les EPM.

Ces derniers rapports donnent tous deux des justifications cliniques à l'usage de la contrainte pour répondre à « l'inadaptation des prises en charge « classiques » » (*Ibid.*, p. 43). Cependant Zumkeller comme Varinard présentent également des formules d'hébergement dit « de crise », conçues spécifiquement pour la population des adolescents difficiles, et qui se situent à l'opposé sur le spectre de la contrainte. Deux exemples sont

⁵ Je souligne dans la citation.

cités : « l'établissement de placement éducatif et de traitement de la crise (EPETC) » dans les Hauts-de-Seine, dont la création était prévue par un accord-cadre datant de 2006, et la « structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD) », à Nice (*Ibid.*, p. 61). Ces deux dispositifs ont été mis en œuvre avec des financements et des moyens humains issus de différentes administrations : hôpitaux et secteurs psychiatriques, Conseils généraux, PJJ. Le rapport mentionne avec regret la précarité de ces structures, confrontées aux impératifs gestionnaires du taux d'occupation des places et du « prix de journée » qui viennent doubler l'insubordination des adolescents d'un coût financier. Ces adolescents en grande difficulté qui refusent « d'être aidés », fuguent ou dérogent aux règles, placent non seulement les professionnels « dans une position d'impuissance » mais aussi coûtent de l'argent à l'établissement qui ne perçoit plus le « prix de journée » lorsqu'ils sont hospitalisés en psychiatrie, envoyés en CEF ou bien encore en fugue. Ces dispositifs « de crise » sont une solution de « subsidiarité » lorsqu'un adolescent se trouve exclu des structures d'hébergements mais ils ne mettent pas en œuvre la contrainte du CEF ou de l'EPM. Le rapport Zumkeller fait également la promotion d'une troisième innovation institutionnelle, organisée par l'expertise clinique et également située à l'opposé du CEF sur le gradient de la contrainte. Il s'agit des « équipes mobiles de pédopsychiatrie », conçue par « le professeur Tordjman et son équipe à Paris » (*Ibid.*, p. 69). Ce programme propose un suivi « peu invasif » des mineurs, sans mesure contraignante à leur égard, mais également sans hébergement. Il repose sur une supervision des professionnels PJJ, ainsi qu'un « module thérapeutique » basé sur « la stratégie de résolution des conflits ». Ces équipes mobiles

« Vont à la rencontre d'adolescents en souffrance mais qui n'ont pas conscience d'aller mal, ne connaissent pas de lieux où s'adresser et ne sont pas prêts à respecter un suivi. » (*Ibid.*)

Ce projet s'inspire « des travaux du Yale Child Study Center aux Etats-Unis » qui auraient participé à une « diminution significative des violences des mineurs dans les zones concernées par ce programme » dans le Connecticut. Devant un tel succès, cette méthode a été « transposée pour être proposée dans le cadre de stages de citoyenneté qui sont prévus par le code pénal comme sanctions alternatives pour sanctionner diverses infractions délictuelles » (*Ibid.*, p. 70), suivant l'article 55 de la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance.

3. Des pratiques institutionnelles spécifiques

De manière contemporaine à ces politiques publiques, parfois les précédant, parfois suivant les lignes qu'elles tracent, des pratiques institutionnelles spécifiques se développent. Elles sont de trois types et prennent appui sur les conceptions cliniques développées dans les revues professionnelles et académiques.

D'une part, comme le citent les rapports para-législatifs, des *établissements spécialisés* pour adolescents difficiles se développent : la Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles de Nice, l'Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise de Suresnes, l'Arc-en-Ciel, établissement associatif « pour pré-adolescents et adolescents dits « incasables » » dans le département où se tient l'enquête. Ces établissements ont la caractéristique d'agrèger des interventions professionnelles habituellement distinctes : psychiatrie, justice, pédagogie, protection de l'enfance. Ils sont souvent sous tutelles de plusieurs administrations (ASE, PJJ, ARS). À l'instar des « équipes mobiles » d'une part et des CEF d'autre part, ces organisations spécialisées se situent aux extrémités du gradient de la contrainte. S'y pratiquent soit un enfermement soit, au contraire, des interventions exclusivement ambulatoires.

D'autre part, des *réseaux inter-institutionnels* pour adolescents difficiles se développent dans plusieurs régions de France. Sophie Dumay (Dumay 2000) décrit « la création d'un réseau pour adolescents difficiles » impliquant diverses institutions du Val-de-Marne (ASE, secteur psychiatrique, tribunal pour enfant). A cette même période, des organisations spécialisées similaires se mettent en place à une échelle locale dans de nombreux départements français. Ces réseaux suivent des principes, des modalités d'agencement institutionnel et des dénominations assez superposables, l'usage des guillemets (adolescents « difficiles ») est systématique. Ces organisations visent constamment à réunir secteur psychiatrique, services sociaux de protection de l'enfance et justice des mineurs dans la « création d'une plateforme humaine et logistique » ayant pour objectif de « faciliter les échanges entre les membres du réseau » (*Ibid.*, p. 144). La « promotion⁶ » du réseau peut être portée par l'un ou l'autre de ces partenaires. Un de ces réseaux se tient en Seine-Saint-Denis et l'agglomération de Marseille s'est aussi dotée d'une telle organisation,

⁶ Bilan d'activité 2008-2011 du réseau où se tient l'enquête.

centralisée par l'hôpital⁷. Ces réseaux font un travail d'évaluation de leur activité, adressé aux hiérarchies des administrations respectives. Comme le décrit Dumay, les réseaux pour adolescents difficiles proposent une étude de cas ainsi qu'une aide logistique pour des questions concrètes, en particulier celle de l'hébergement de l'adolescent. L'attention est toujours « d'éviter les ruptures » grâce à des « places réservées » ou par la création d'établissements spécifiques. Cette préoccupation pour le problème de l'hébergement des adolescents difficiles se double d'une attention aux « difficultés des professionnels » et au « soutien » à leur apporter. Ces organisations locales s'appuient plus ou moins explicitement sur des programmes politiques nationaux (circulaires nationales sur « les réseaux de soins du 9 avril 1997 et 19 août 1997 » dans le cas de Dumay).

Enfin, des *formations académiques* répondant à l'appellation « DU (Diplôme Universitaire) adolescents difficiles » se développent dans plusieurs universités de France à cette même période. Comme l'indiquent Bertrand Ravon et Christian Laval, ces formations académiques se montent en parallèle des réseaux pour adolescents difficiles et s'appuient sur les mêmes logiques de « rencontre » inter-institutionnelles. Le premier « DU adolescents difficiles » est créé en 2002 par le Professeur de psychiatrie Philippe Jeammet à Paris. S'inscrivant dans les suites du Séminaire Santé et justice tenu en mai 2000, cette création répond, selon Ravon et Laval, à une demande de la PJJ et de l'Education Nationale. Se poursuit alors « l'aventure des DU » dans différentes métropoles régionales. Les universités de Marseille, Lille, Toulouse, Poitiers-Limoges, Rennes-Nantes-Brest et Lyon se dotent de telles formations. Ces DU mettent l'accent sur la pluridisciplinarité des contenus pédagogiques (« à la fois médicale, éducative, judiciaire, sociologique, anthropologique et philosophique »)⁸. Ils se destinent à une audience professionnelle variée : médecins, professions paramédicales, travailleurs sociaux, magistrats, officiers de police. Ravon et Laval soulignent que :

« Le fil rouge commun (des DU adolescents difficiles) est la mise en réseau des acteurs dans une philosophie où le compagnonnage dans la pratique de réseau n'est plus seulement un moyen pour « transversaliser » les pratiques mais devient une fin en soi. » (Ravon et Laval 2012, p. 84)

⁷ Réseau Adolescents Difficiles : <http://www.ap-hm.fr/adosdifficiles/fr/site/accueil.asp> (date 23 août 2012).

⁸ Réseau Adolescents Difficiles : <http://www.ap-hm.fr/adosdifficiles/fr/site/accueil.asp> (date 23 août 2012).

Comme dans les réseaux inter-institutionnels, la définition de l'adolescence difficile et la coordination des interventions professionnelles donnent un socle commun à ces diverses formations locales. Si, dans la plupart des DU, la faculté de médecine sert de cadre administratif aux formations, la PJJ occupe une place discrète mais très concrète par le nombre de professionnels qu'elle y inscrit chaque année.

4. Un double trouble.

Au cours des années 1990, les adolescents difficiles apparaissent donc comme une catégorie ubiquitaire dans l'action publique, s'étendant de l'agenda politique aux pratiques institutionnelles. S'y entrecroisent deux préoccupations contemporaines : d'une part, les questions sécuritaires et particulièrement la délinquance des mineurs, d'autre part un intérêt croissant porté à la santé, et plus spécifiquement la santé mentale, des adolescents. Durant cette période, la France connaît une alternance politique avec un changement de majorité législative à partir de 2002. Cependant, l'agenda politique sur les adolescents difficiles est d'une remarquable constance au travers de ces changements de majorité. Les projets législatifs reprennent tous la définition clinique des adolescents difficiles et insistent sur l'association des diverses « réponses » à leur apporter et citent l'expertise de psychiatres comme Michel Botbol, Maurice Berger ou encore Philippe Jeammet.

Tout à la fois catégorie clinique, catégorie d'action publique et catégorie pratique, les adolescents difficiles viennent souligner le problème de l'articulation des dispositifs institutionnels. L'expansion de cette catégorie dans l'action publique suit un double mouvement : d'une part elle est reformulée dans l'expression empathique « adolescents en grande difficulté », d'autre part sa définition se resserre de plus en plus fortement sur les caractéristiques d'insoumission et de déviance des adolescents, alors même que leur adhésion ou leur demande se voient disqualifiées. Ces politiques publiques envisagent des réorganisations institutionnelles touchant les dispositifs sanitaires, éducatifs et de l'aide sociale dépendant de l'Etat et des collectivités locales (Conseils Généraux et communes). Elles se structurent autour de deux axes de transversalisation de pratiques professionnelles : le développement de réseaux de coordination et la création de lieux spécifiques exerçant la contrainte. Il faut noter que, de manière plus marginale, se développent également des lieux d'hébergement de très faible contrainte, partielle, associée à des prises en charge très

ambulatoires, qui sont également conçus spécifiquement pour le traitement de cette population. C'est le champ lexical de « contenir » (contenant, contenance, etc.) qui assure le lien entre ces modalités de traitement opposées et qui se voit ainsi lié aux adolescents difficiles.

Constante dans sa définition, repérée par la souffrance des adolescents et des professionnels, délimitée et organisée par l'expertise clinique, la catégorie des adolescents difficiles définit un trouble, réputé ne pas rentrer dans les catégories pathologiques conventionnelles et laisser, de ce fait, les professionnels dans le doute cognitif et l'incertitude affective sur le bien-fondé éthique de leur action. Ce *double trouble* est tout à la fois celui, « objectif », de l'adolescent, et celui, « construit » dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels et de leur malaise.

CHAPITRE 2 : VERS UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE DE LA SANTÉ MENTALE.

1. Reconfigurer le traitement des déviations adolescentes

1.1. Quatre champs d'action publique en mutation.

Il existe en France, comme dans tous les pays industrialisés ayant développé un Etat social, « un ensemble complexe d'institutions qui permettent aux citoyens de faire face aux risques de la vie » (Sicot 2007, p. 44). Parmi celles-ci, se trouvent des institutions de traitement de l'enfance et de la jeunesse déviante ou inadaptée. Comme les hôpitaux, les prisons et nombre d'institutions publiques, les linéaments de leur histoire contemporaine remontent au 19^e siècle. Cependant, en matière de jeunesse, une refonte institutionnelle significative et durable intervient à l'issue de la seconde guerre mondiale. S'établit alors la distinction de quatre grands champs d'intervention publique pour l'enfance ou la jeunesse déviante : la *pédagogie* spécialisée, la *justice des mineurs*, la *psychiatrie* de l'enfant et de l'adolescent et la *protection de l'enfance*. Ces quatre domaines d'action traitent les déviations en regard de normes propres et définissent des cibles distinctes. Il s'agit respectivement des normes pédagogiques (l'inadaptation dans les apprentissages scolaires et professionnels), des normes comportementales (les troubles psychiques et maladies mentales), des normes juridiques (la délinquance) et des normes familiales (l'enfance en danger). Entre les années 1950 et 1990, ces champs d'action publique développent schématiquement quatre types d'institutions : les établissements médico-sociaux, l'Education surveillée puis la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles et les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Bien que théoriquement indépendantes, ces institutions du traitement publique de la jeunesse déviante sont en pratique parfois contiguës et relèvent

en partie de secteurs privés : elles intègrent des structures associatives laïques aussi bien que des organisations autrefois religieuses et faiblement professionnalisées.

Ces champs d'action publique connaissent une relative stabilité jusqu'aux années 1990, période à laquelle une série de changements dans le traitement de la jeunesse déviante interviennent. De tels changements sont préparés par une publicisation de la notion d'adolescence, longtemps recouverte par les deux termes coalescents d'enfance et de jeunesse. Jusqu'aux années 1960, cette notion est confinée à la dimension du développement personnel et représente pour l'essentiel un problème privé, limité à l'espace domestique et familial. Entre les années 1970 et 1980, une « préoccupation publique pour l'adolescence (rompt) avec (cette) vision privative » (Ravon et Laval 2014, p. 223) autour de situations désignées comme des problèmes collectifs : la sexualité, les conduites à risques et, plus tard, les toxicomanies et la violence. Ce n'est alors pas tant la notion, générale, d'adolescence qui acquiert le statut de problème public que celle, plurielle, d' « adolescents ». Comme le remarquent Bertrand Ravon et Christian Laval, « l'usage systématique du pluriel indique déjà que le problème touche à des individualités » (*Ibid.*).

1.2. Le handicap psychique et la création des ITEP.

Au cours des années 2000, le champ médico-social de l'adolescence est réorganisé autour de la nouvelle notion de « handicap psychique ». De nouvelles structures, les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont créées en 2005. Le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant leurs conditions d'organisation établit que :

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. »

Les ITEP traitent donc des enfants et adolescents inadaptés au cadre scolaire mais dont le niveau d'intelligence est considéré comme « préservé ». En pratique, ils reçoivent essentiellement des élèves dont le comportement perturbe les structures scolaires du « milieu ordinaire ». Les orientations vers le « milieu spécialisé » et la « demande de soins » sont faites par l'école autour de problèmes de discipline, repérés comme « souffrance » chez l'élève et chez les adultes qui en ont la charge.

« L'enfant a du mal à rester assis trop longtemps sans bouger, il n'a pas la bonne distance avec l'adulte – trop familier, voire « prenant sa place » –, il intègre mal les règles et les limites, il est très réactif, il entretient des relations conflictuelles avec les autres, il a tendance à s'approprier ce qui lui fait envie et raconte des mensonges, il n'a pas conscience du danger pour lui et pour les autres et peut donc parfois les mettre en danger, il a des difficultés d'apprentissage, il peut difficilement lire une consigne jusqu'au bout, s'y plier ...» (Collectif AIRE 2013, p. 27)

Dans les faits, les problèmes concernant les seuls apprentissages font rarement l'objet d'une orientation en ITEP et sont plus volontiers traités dans des dispositifs (les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile, les Aides à la Vie Scolaire, etc.) où les élèves restent scolarisés dans le système scolaire dit « ordinaire ».

Du point de vue politique, tant dans leur administration que dans leurs principes juridiques, les ITEP s'inscrivent dans des réorganisations contemporaines du champ du handicap. Contrôlés par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales puis par les Agences Régionales de Santé (ARS) et financés par l'Assurance maladie, les ITEP accueillent des élèves considérés comme handicapés sur le plan psychique, ou plus précisément « relevant d'un processus handicapant » (Favereau 2013). Ce statut administratif est établi par notification de la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH), structure administrative également créée en 2005 dans le cadre des réformes du handicap. Sur présentation d'un dossier avec un avis médical établissant le handicap, la notification est établie par une commission administrative (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) regroupant les organismes de protection sociale, les services de l'Etat et du département concernés, des représentants d'usagers et des familles et un ou plusieurs médecins-conseils.

A partir de 2005, la création des ITEP est plus souvent réalisée par la reconversion de structures déjà existantes que l'ouverture d'un nouvel établissement. C'est en particulier le

cas des Instituts de Rééducation (Ibid.). A partir des années 1950, un certain nombre de structures associatives à but non lucratif, laïques ou liées à l'Eglise catholique, se sont organisées pour accueillir, éduquer et le plus souvent héberger, des enfants ou des jeunes inadaptés à la vie scolaire. S'y mélangent alors des enfants aujourd'hui considérés de manière distincte : ceux déficitaires sur le plan intellectuel et orientés par avis médical et ceux retirés à leurs parents par les services sociaux ou, de manière plus privée à cette période, par l'intervention d'acteurs médicaux, cléricaux ou pédagogiques gravitant autour des familles. Ces institutions se sont progressivement spécialisées sur des tâches pédagogiques adaptées à un public non conforme aux établissements scolaires usuels. Ils se sont alors organisés en Instituts Médico-Professionnels (IM Pro) et en Instituts de Rééducation (IR). Avec l'émergence administrative du handicap psychique, ces instituts se transforment d'une part en ITEP, destiné exclusivement aux enfants d'intelligence normale, et en Instituts Médico-Educatifs (IME) regroupant ceux qui présentent une déficience. Avec cette conversion, les ITEP s'adressent désormais aux élèves exclus du fait de leur comportement (et non de leur incapacité intellectuelle). Une telle conversion reconduit la rhétorique héroïque du « bout du bout » des prises en charge. Cependant, au cours des années 2000, le versant résidentiel du traitement (l'internat) se voit critiqué de manière croissante (Capul 2013), de même que la prise en charge en groupe, au profit d'un traitement ambulatoire, non résidentiel et individualisé.

Les différentes réformes contemporaines à la création des ITEP répondent à une logique d'intégration des personnes handicapées au nom d'un principe d'« égalité des droits et des chances (de) participation (et de) citoyenneté »⁹. De manière paradoxale, alors que l'esprit de ces réformes est celui de l'« inclusion », c'est-à-dire de l'accès des personnes porteuses de handicap aux structures communes de la vie sociale, le développement des ITEP est présidé par une logique de ségrégation (Toledo 2012, p. 104), réunissant dans les faits les élèves perturbateurs des collèges. Cette logique mérite d'être explicitée, mais elle ne fait pas pour autant des ITEP un mode de traitement défavorable pour les jeunes qui y sont orientés après une série d'étapes faite d'aménagements puis d'exclusions successifs dans les établissements ordinaires. Soutenues par les orientations locales données par les ARS,

⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

nombres d'ITEP cherchent désormais à contrer cette logique ségrégative en alternant des temps de prise en charge sur le lieu de l'ITEP avec des temps de scolarisation en milieu ordinaire. Outre l'intervention d'éducateurs, de professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotriciens) et plus ponctuellement de psychiatres et psychologues, ces adolescents sont pour l'essentiel pris en charge par des moniteurs et des éducateurs techniques, compétents pour un métier manuel (menuiserie, mécanique, etc.), peu qualifiés sur le plan académique mais valorisant leur savoir-être et leur capacité de relation avec ce public déviant.

1.3. La psychiatrie de l'adolescent et la crise de la santé mentale.

Pour explorer les tenants et les aboutissants de la santé mentale comme « nouvelle carte du normal et du pathologique », Philippe Le Moigne (Le Moigne 2010) part d'une analyse de la construction des catégories nosographiques du 3e Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux, le DSM-III, publié par l'Association de Psychiatrie Américaine en 1980. Le propos de Le Moigne n'est pas de faire une histoire propre de la psychiatrie américaine (américaniste) mais plutôt de repérer, à partir des faits saillants et désormais bien documentés du cas américain, les transformations qui affectent la psychiatrie dans la plupart des pays occidentaux entre les années 1960 et 1980. Plutôt que de réduire les tensions qui animent la psychiatrie américaine dans les années 1960 et 70 aux débats entre psychanalystes et neurobiologistes ou aux rivalités entre psychologues et psychiatres, il propose de les inscrire dans un contexte social plus large permettant de comprendre pourquoi la question diagnostique revêt alors une telle importance. Pour Le Moigne, un facteur décisif est le développement, à la fois profane et académique, d'une psychologie « subjectiviste » (*Ibid.*, p. 82; Le Moigne 2014) aux Etats-Unis dans les suites des travaux de William James à la fin du 19e siècle. Selon cette psychologie du sujet, « l'autonomie de l'individu est imprescriptible et produite en conscience » (Le Moigne 2010, p. 84). Elle est compatible avec la notion de trouble mental dans la mesure où celui-ci représente un empêchement de l'autonomie individuelle, mais réfute une vision de la maladie mentale qui s'opposerait par essence à l'action individuelle. Or le succès de cette psychologie subjectiviste conduit à une impasse : soit la maladie mentale se voit trop fortement relativisée au sujet, soit son traitement par le développement de soi perd toute spécificité.

La première position conduit à une dénonciation de l'offre de soins institutionnelle assimilée à l'asile, la seconde à une extension sans limite des thérapies du soi. Si bien qu'à la fin des années 1960, « on n'a pas à faire seulement à la dénonciation d'une médicalisation arbitraire mais également à la critique d'une légitimation excessive du mal-être » (*Ibid.*, p. 89). Le DSM-III représente une forme de solution à de telles ambiguïtés et replace la psychiatrie en position d'autorité à l'issue de deux décennies de déclin. Pour ce faire, il s'appuie sur la possibilité de « conciliation » et de « négociation » (*Ibid.*, p. 90), comme dans le cas emblématique de l'homosexualité. Les psychiatres peuvent alors tout à la fois reconnaître les revendications à l'autonomie des individus concernés et maintenir un monopole d'expertise psychiatrique. En retirant l'homosexualité du DSM et introduisant des notions relatives à la dysphorie d'orientation sexuelle, Spitzer et les concepteurs du manuel peuvent tout à la fois respecter les revendications d'autonomie des individus (on ne peut pas réduire les conduites sexuelles minoritaires à une pathologie) et revendiquer l'expertise des psychiatres (on ne peut pas réduire la pathologie à l'absence d'épanouissement personnel). Ces reconfigurations nosographiques aux Etats-Unis ont conduit, au terme des années 1970, à s'écarter d'une vision normative de la psychiatrie et à « placer le désordre psychique sous le signe d'un déficit expressif susceptible d'affecter chacun des membres de la collectivité » (*Ibid.*, p. 101). Cette reconfiguration des frontières du normal et du pathologique, caractéristique de la santé mentale, appelle en soi une augmentation de la demande de soin. La santé mentale visée ici n'est plus seulement l'absence de maladie, mais un accès, plus complexe, au bien-être qui « n'incarne pas un dépassement de la normalité mais bien plutôt l'épicentre des obligations auxquelles il s'agit aujourd'hui de se conformer » (*Ibid.*, p. 103). Fruit d'un consensus (entre tenants de la recherche scientifiques, représentants des usagers, administrateurs de la santé et professionnels), cette reconfiguration nosographique repose sur l'affirmation d'une définition stable et fiable des troubles par un processus de « standardisation » des catégories. Ce processus condense l'effort (fructueux) de résoudre l'ambiguïté entre autonomie et maladie : « la standardisation donne à voir plus exactement comment, dans un contexte où l'existence est censée dépendre d'un régime purement individuel, psychique ou biologique, particulièrement rétif à l'imposition d'un ordre commun, une issue a pu être trouvée à une négociation collective du changement » (*Ibid.*). Selon Claude-Olivier Doron, bien qu'il émerge au cours des années 1940, le concept de santé mentale n'est, jusque dans les années 1990, qu'un *référentiel théorique* en France (Doron

2015b). Entre les années 1940 et 1960, l'émergence de la santé mentale se repère dans la création d'institutions internationales (telles l'Organisation Mondiale de la Santé) et nationale (comme la National Association for Mental Health britannique ou le National Institut for Mental Health aux Etats-Unis, fondés tous deux en 1946). La création de ces institutions ne se fait pas *de novo*, mais participe le plus souvent de transformations plus ou moins rapides de structures existantes. En France, les années 1960 voient par exemple le lancement de la revue Santé mentale, la création d'un comité du ministère de la santé, puis le développement de rapports parlementaires dans les années 1980 (Ehrenberg 2004). Cependant, contrairement aux Etats-Unis ou à la Grande-Bretagne à cette même période, la santé mentale n'est pas encore un champ de savoirs organisant explicitement des pratiques et des institutions. Pour reprendre la distinction faite par Doron (Doron 2015b), il faut attendre les années 1993-1994 pour que ce concept devienne un *référentiel* « *effectif* » en France. Arguant que ce changement s'opère progressivement et non pas « par effet de seuil », Doron utilise comme base empirique le remplacement des termes « hygiène mentale » par « santé mentale » sur une base de données bibliographiques (Google books). Alain Ehrenberg avance que, depuis les années 1980, les nouvelles notions de santé mentale et de souffrance psychique participent d'une « redistribution générale des cartes » (Ehrenberg 2004, p. 77) dans la psychiatrie française. Illustrées par le très médiatisé rapport ministériel intitulé « de la psychiatrie à la santé mentale » en 2001 (Piel et Roelandt 2001), ces notions dessinent un nouveau référentiel, avec des nouveaux objets, de nouvelles délimitations pathologiques et de nouvelles limites des interventions. Les traits saillants en sont la prévention, l'intérêt pour les phases du développement et en particulier pour l'enfance et l'adolescence ainsi que les interventions dans la Cité, en dehors des lourdes structures asilaires.

Alors que la santé mentale devient plus ouvertement un référentiel effectif en France, se développent des dispositifs de soins spécifiques pour les adolescents et une attention à la prévention en matière de troubles infanto-juvéniles. Des projets politiques portés par les majorités successives entendent répondre aux problèmes de comportements des adolescents, représentés essentiellement par les formes de violence tournées contre soi (suicide, scarification, anorexie, sexualité à risque) ou contre autrui (violence, agressivité). Dans ces programmes politiques, deux types de structures se développent. D'une part, des services d'hospitalisation pour adolescents se multiplient à partir de la fin des années 1990

suivant une répartition inégale à l'échelle nationale (Coutant 2012). D'autre part, de manière bien plus homogène sur le territoire français, les Maisons des adolescents sont créées progressivement à la suite d'un rapport au ministère de la santé de 2004 (Rufo et Joyeux 2004). Dix ans plus tard, en 2014, 102 des 119 départements français possèdent une ou plusieurs Maisons des adolescents. Prenant modèle sur la première structure ouverte en 1999 au Havre, les « Maisons des ados » constituent des dispositifs de soins ouverts, ambulatoires, visant l'intégration de corps professionnels divers (psychiatre, pédiatre, travailleurs sociaux) et traitant des adolescents repérés dans le « milieu général » (Gansel et Lézé 2015). Ce repérage passe plus souvent par des professionnels (éducatif, judiciaire, enseignant) et, comme dans le cas du handicap psychique pour les ITEP, par la qualification de « souffrance » (Coutant et Eidelman 2013). A l'instar des « Points-écoute », les Maisons des ados

« se caractérisent par le bricolage de missions, d'interventions, à partir de réseaux plus ou moins formalisés, l'absence de référents professionnels clairs, le bas niveau d'exigence pour l'accueil des publics, les équipes pluridisciplinaires. » (Sicot 2007, p. 51)

Ces structures ont la particularité d'être pré-diagnostiques. Conformément aux politiques publiques contemporaines et à la promotion nouvelle de la santé mentale, les Maisons des ados favorisent l'intervention de la psychiatrie avant ou indépendamment d'un diagnostic (*Ibid.*).

Au cours des années 2000, la psychiatrie voit également se développer des approches centrées sur la prévention de la violence et des conduites à risques. En 2005, l'INSERM publie une expertise collective sur le « trouble des conduites sociales chez l'enfant et l'adolescent » et provoque une vive polémique chez les professionnels de la psychiatrie. Les experts de l'INSERM sont des psychiatres inscrits dans le courant biomédical dominant dans la plupart des pays occidentaux, des pédiatres, des psychologues d'orientation neuroscientifiques et épidémiologistes. Ils reprenaient la définition du trouble des conduites comme « un ensemble de conduites dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge du sujet ». Sa définition place ce trouble à l'intersection de la psychiatrie, du social et de la justice. Il touche 5 à 9% des garçons de 15 ans. En réponse aux conclusions de ces experts, se constitue le collectif « Pas de Zéro de Conduite » (Le Collectif pas de 0 de conduite (ed.)

2006). Porté par les acteurs de la psychiatrie et par le sociologue Laurent Mucchielli, il est constitué à 80% de cliniciens (médecins ou psychologues). Ces acteurs sont fortement politisés (un tiers d'entre eux tient une fonction dans une organisation syndicale ou politique). Ses pilotes (au nombre de 20) sont, pour moitié, de professeurs des universités (Pétrouchine 2008) et cinq d'entre eux ont occupé une poste ministériel. Ces acteurs dénoncent les liens ambigus que cette expertise peut entretenir avec un projet de loi concomitant sur la prévention de la délinquance. Les législateurs prévoient alors d'introduire un article disposant de repérer et suivre les enfants perturbateurs à partir de l'âge de 3 ans. Face à cet important effort militant (et après avoir reçu un avis défavorable de la Commission Nationale Information et Liberté), cette disposition est finalement retirée de la loi de prévention de la délinquance votée en 2007. En outre, ce débat mobilise des questions théoriques (approches neurobiologiques et épidémiologiques), très sensibles au sein de la psychiatrie française où, comme le décrit Samuel Lézé (Lézé 2010), veille un bastion de militants « freudiens »¹⁰.

Un tel débat s'inscrit dans une problématisation nouvelle faite par les acteurs de la psychiatrie française autour des questions posées par la santé mentale : prévention, extension des interventions, reconfiguration des cibles d'actions institutionnelles. Pour Doron, « dès le départ, la notion de « santé mentale » est une catégorie intimement liée aux politiques publiques » (Doron 2015b, p. 7). Cette liaison lui confère une force, celle d'influencer les pouvoirs publics, mais également une faiblesse, celle de susciter plus de réticence que d'adhésion chez les professionnels. Le tournant des années 1990 et 2000 est le théâtre de tels mouvements en France. Au début des années 2000, et en particulier avec les « Etats Généraux de la psychiatrie » de 2003, ce qui est nouveau n'est pas tant la santé mentale que l'insistance des acteurs de la psychiatrie sur leur « crise » et leurs incertitudes sur les fondements de leur activité. Les psychiatres se mobilisent et font campagne¹¹ alors autour d'une « clinique du sens » héritière de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, comme étant la solution pouvant contrer ce qu'ils identifient comme des risques pour la profession : négligence de la singularité du patient qui se voit

¹⁰ Ce terme renvoie à des acteurs entretenant des liens variés avec les sociétés psychanalytiques tant freudiennes que lacaniennes.

¹¹ Par exemple dans un Livre Blanc de la psychiatrie préparant les Etats généraux en 2003 (Fédération Française de Psychiatrie 2003).

« déshumanisé », rationalisation outrancière par des « protocoles » de soins (Gansel et Danet 2007). Définition des troubles, validité des techniques, adéquation des moyens (de plus en plus limités) aux demandes (en inflation) sont autant de points où se jouent les ambiguïtés décrites par Le Moigne au sujet de la constitution du DSM-III.

1.4. Réformer la justice pénale des mineurs.

Pourtant, à partir de la fin des années 1990, se dessine une ligne de réforme de la justice pénale des mineurs. Dépassant les délimitations partisans et les changements de majorité législative, elle engendre une série de vives polémiques dans le monde judiciaire et intellectuel. Le Conseil de sécurité intérieure de 1998 (Youf 2003, p. 112) représente une date charnière dans l'apparition de ces politiques sécuritaires de prévention de la délinquance juvénile. A compter de cette date, divers projets politiques visent à refondre l'emblématique « ordonnance de 45 » (ordonnance numéro 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante) qui incarne le rapprochement entre le traitement protectionnel de l'enfance en danger et celui, punitif, de l'enfance délinquante. Entre 2002 et 2012, douze textes législatifs se succèdent pour réformer la justice des mineurs (Bourgoin 2014, p. 28). Les pouvoirs publics s'appuient alors sur le constat d'une augmentation de la délinquance des mineurs. Des discours politiques et institutionnels dressent une image de délinquants comme « plus jeunes, plus récidivistes, plus violents »¹² et traités de manière laxiste (Faure 2014). Portés publiquement par le Président Nicolas Sarkozy au cours de son mandat, particulièrement accentués en périodes électorales, ces discours qui « transcende(nt) des clivages droite gauche » (Youf 2003, p. 106) traversent largement les lignes des partis politiques au cours de la décennie 2000. Sur le plan statistique, le constat d'une augmentation de délinquance juvénile est dressé à partir de son enregistrement par les services de police (faits constatés, élucidations, mises en cause). Ceux-ci indiquent une hausse des chiffres de mise en examen, activité qui s'est accrue de 40% au cours des années

¹² Le 2 juin 1998, le journal Le Monde publiait une tribune intitulée "Une pléthore d'oranges mécaniques". Ses auteurs, Alain Bauer et Xavier Raufer, y livraient une telle conception de la délinquance juvénile. Ils étaient encore peu connus à l'époque mais se sont illustrés plus tard comme militants d'extrêmes droite (<http://www.laurent-mucchielli.org/index.php?post/2013/02/21/La-France-orange-mecanique>, consulté le 26/05/15)

1990 (Mucchielli 2009). Ces données, alimentant l'idée d'une plus grande violence des adolescents (Mucchielli 2008, p. 127-129), sont pourtant modérées par les statistiques judiciaires (condamnations) ainsi que par les enquêtes de victimation et de délinquance auto-déclarée. A cette hausse des mises en examen, s'associent en effet la baisse continue (de -7,8% entre 1984 et 2006) des condamnations de mineurs pour les faits les plus graves (c'est-à-dire engendrant une Incapacité Totale de Travailler) et l'explosion (de 17 fois) pour les moins graves (*Ibid.*, p. 126). De la même manière, une tendance plus complexe se dessine dans l'évolution des registres de main courante (qui indiquent une tendance à ouvrir davantage de procédures) et les enquêtes de délinquance auto-révélee (qui restent stables). La tendance législative est de développer des « mesures alternatives aux poursuites » qui peuvent être utilisées par les Parquets en lieu et place d'un classement sans suite. Au sein de ces mesures, le « rappel à la loi » fait l'objet d'une augmentation sensible. Ces mesures tiennent rôle d'une étape supplémentaire (un « filtre ») entre le Parquet et le Juge des Enfants, soutenu par une convergence d'intérêts. D'une part, cette procédure permet de désengorger le tribunal : le Parquet ordonne des mesures alternatives aux poursuites qui sont prises en charge par la PJJ et ne réclament pas une audience chez le juge des enfants. D'autre part, le Parquet évite un classement sans suite et répond à la commande politique d'une « tolérance zéro », donnant une réponse rapide et systématique aux déviances, même les moins graves. En contrepartie, les juges des enfants voient beaucoup plus de cas « graves » pour lesquelles les mesures alternatives prononcées par le Parquet ont échoué (Bailleau 2009, p. 459; Bailleau 2002, p. 419).

Le constat d'une hausse de la délinquance des mineurs et d'une plus grande violence des adolescents repose donc en réalité sur des faits de faible gravité et reflète une extension de la réponse judiciaire à la déviance juvénile. A partir de l'étude des dossiers d'un tribunal pour enfants conduite avec Véronique Le Goaziou, Laurent Mucchielli observe que :

« La réalité (du travail du juge des mineurs) est celle d'une violence de basse intensité, qui survient dans le cadre de l'interconnaissance, pour les motifs les plus divers et les plus classiques à l'âge adolescent, au terme de conflits qui ne semblent pas nouveaux mais qui sont de plus en plus judiciairisés dans notre société. » (Le Goaziou et Mucchielli 2009, p. 428)

Ce mouvement s'intègre dans un « règlement judiciaire des problèmes sociaux » (Bailleau 2009, p. 461-462, 464) qui se compose de deux éléments. D'une part, des institutions sociales diverses en charge de la jeunesse intègrent des fonctionnements issus du monde judiciaire, tels le contrat et la responsabilisation, pour traiter les conflits internes. C'est le cas, par exemple, de la commission de discipline dans les établissements scolaires ou du tribunal arbitral dans les associations sportives. D'autre part, ces institutions exportent des tâches dont elles s'acquittaient auparavant : l'école, par exemple, sous-traite l'éducation aux associations de parents et aux centres de loisir. Ces mutations sont tant le fait de logiques institutionnelles que financières. De ce fait, les institutions en charge d'adolescents ont tout particulièrement tendance à « externaliser » le traitement de certaines déviances, c'est-à-dire à solliciter la police ou la justice pour des conflits antérieurement traités en interne (*Ibid.*, p. 462).

Ces projets législatifs rencontrent de vives critiques, portées à leur paroxysme en 2008 au moment où œuvre la commission de réforme de l'Ordonnance de 1945 conduite par André Varinard. Les critiques voient dans ces tendances législatives non pas une réforme mais un « démantèlement » des principes du droit pénal des mineurs et une inclinaison vers :

« (Une) philosophie de la dissuasion, basée sur la peur de l'enfermement » par opposition à une « philosophie de la réhabilitation » (*Ibid.*, p. 443).

A la suite de Laurent Mucchielli ou de Francis Bailleau, des acteurs du monde académique et de la justice regrettent la déspecialisation du droit des mineurs, l'absence de prise en considération du parcours diachronique du mineur, la marginalisation du juge pour enfants ou encore la remise en question implicite et latente du caractère exceptionnel de l'enfermement des mineurs (Brunel 2009). D'autres, au contraire, estiment qu'une telle remise en cause de l'ordonnance de 1945 se justifie par les limites intrinsèques de son modèle, ne prenant pas suffisamment en considération « les demandes sociales de justice et de sécurité » (Youf 2008, p. 87) et ainsi que la place des victimes (Youf 2003, p. 110). Soutenant les réformes législatives, ils approuvent la réhabilitation de la contrainte et de l'enfermement comme une « part d'autorité et de contrainte nécessaires pour que le mineur reconnaisse son acte et le répare » et situant « l'adhésion du mineur comme un objectif et non un préalable » (*Ibid.*, p. 89).

Ces politiques publiques et les réformes législatives qu'elles conduisent affectent les institutions de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. A la suite du Conseil de sécurité

intérieure de 1998, la PJJ prend une nouvelle direction doctrinale (Kreiss 2010), indiquée par la circulaire d'orientation de la DPJJ en date du 24 février 1999. En juillet 2003, la PJJ est particulièrement visée par un rapport défavorable de la Cour des Comptes (Cour des Comptes 2003). Les rapporteurs estiment alors que l'utilisation des moyens alloués (en croissance depuis 1996) est insatisfaisante et que la PJJ est « sous-administrée » (*Ibid.*, p. 106). Ils l'incitent à « adapter son action à l'évolution rapide et continue de la délinquance juvénile » (*Ibid.*, p. 107). Élaboré en 2007 par la DPJJ, le Plan Stratégique Nationale 2008-2011 se veut l'aboutissement de ces orientations politiques et de ces réformes qui se déclinent en deux axes (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse 2007). D'une part, il programme une modernisation organisationnelle, professant de faire passer la PJJ d'un « service (autrefois) en mauvais état » à une « organisation parfois en avance sur d'autres ». D'autre part, le Plan Stratégique prend la suite d'une série de mesures législatives prévoyant une réorientation de l'administration vers ses missions pénales. Ainsi, la PJJ doit participer¹³ à la « refonte de l'ordonnance de 45 en vue d'un « nouveau cadre simplifié cohérent et compréhensible par les mineurs ». En 2008, cette commande est exécutée par un rapport de la DPJJ destiné à la Commission Varinard, recensant la façon dont les mineurs « voient » l'ordonnance de 45 (Biro et al. 2008). Associées au basculement exclusif de toute l'activité de protection de l'enfance sur les Conseils généraux prévu par la loi réformant la protection de l'enfance¹⁴, ces différentes mesures conduisent donc la PJJ à se dessaisir de ses missions civiles d'assistance éducative. Enfin, promus par une loi de 2002¹⁵, les Centres Educatifs Fermés (CEF) réintroduisent des pratiques d'enfermement dans l'éducation judiciaire des adolescents déviants. Ils organisent de manière contraignante une réclusion des adolescents âgés de 13 à 18 ans, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'un contrôle judiciaire ou, à partir de 2005, d'une liberté conditionnelle. Les CEF poursuivent une logique de création de dispositifs spécialisés de contrainte, initiée par les Centres Educatifs Renforcés (CER). Dès 1990, les CER proposent une réponse « ferme », alternative à l'incarcération, reposant sur une « rupture » (Youf 2003) sans enfermement, réalisée le plus souvent en pratique par un séjour à l'étranger. Confiée à des « mandataires » associatifs

¹³ Le décret 2007-1573 relatif aux services du secteur public de la PJJ puis le décret du 9 juillet 2008 portant réorganisation du Ministère de la justice

¹⁴ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

¹⁵ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

dans le domaine de la protection de l'enfance, la gestion et l'organisation des CEF se déploient de manière très variable, disposant ces mesures de contrainte au sein d'une activité éducative souvent plus vaste. Simultanément à la création des CEF, la notion d'irresponsabilité des mineurs est remplacée par celle de responsabilité atténuée (*Ibid.*, p. 105). Dès l'ouverture des six premiers CEF en 2003, « le soin psychique y occupe une place importante (...). Il s'agit selon les évaluateurs (de l'administration) d'un atout clé de la prise en charge en CEF » (Helfter 2005, p. 16). Outre « l'amélioration du comportement à l'égard de la loi » et « l'adaptation aux règles de la vie en société », la « santé physique et psychique » sont de nouveaux critères d'évaluation des effets du placement (*Ibid.*). Cette place des professionnels de santé mentale s'accroît particulièrement à partir de 2008 avec la mise en place de CEF « à vocation de santé mentale », établissant des liens fonctionnels avec les secteurs psychiatriques (présence de psychiatre ou d'infirmiers, protocole de transfert des mineurs vers les services d'hospitalisation).

Ces réformes successives trouvent un écho très polémique au sein de l'administration (Ines 2007, p. 82), et, de manière plus discrète, dans les secteurs adjacents tels les Conseils généraux et les tribunaux pour enfants. Les professionnels éducatifs y dénoncent le développement de « méthodes comportementalistes », l'abandon de l'analyse de la délinquance comme « symptôme » et le recours croissant à l'incarcération (*Ibid.*, p. 82-83). Il faut noter cependant, que, s'il existe une augmentation de l'incarcération au début des années 2000, elle reste en dessous des seuils historiques atteints durant les années 1970 (Sicot 2009, p. 48). Fin 2009, la médiatisation (Salles 2009) de la tentative de suicide d'une fonctionnaire de la PJJ, Catherine Kokoszka-Gabar, sur son lieu de travail illustre ces tensions. Quelques semaines après qu'elle a tenté de se donner la mort en sautant par la fenêtre de son bureau, cette cadre à la Direction départementale de Paris publie un « témoignage pour une réflexion collective » sur le site syndical de l'UNSA-SPJJ¹⁶. Mme Kokoszka-Gabar y décrit le « conflit de loyauté » entre « (sa) conception de la République, du bien commun, de l'intérêt général, des missions de la PJJ » et les consignes de son administration. Elle citait notamment la mise en place du « new public management »,

¹⁶ La lettre est publiée le 15 octobre 2009, disponible sur http://www.afmjf.fr/IMG/pdf_1263047_62c6_kokoszka.pdf, consulté le 24/12/2015.

« extrêmement vertical et technocratique » mais qu'elle jugeait pourtant « incontournable ». Résumant son parcours professionnel, elle affirme que :

« L'enjeu d'une administration comme la PJJ (...) est de produire non pas seulement de la résolution de conflits mais de la société à partir du territoire ».

Plus loin, elle met l'accent sur « l'inscription dans la société comme sujet de droit » des « jeunes confiés à la PJJ » qui sont « touchés par la fracture sociale ». Comme l'indique la lettre de Mme Kokoszka-Gabar, les réorganisations de la PJJ, très actives à partir de fin 2008, ne témoignent pas uniquement de l'orientation plus répressive de la justice de mineurs.

En effet, ces évolutions relèvent de trois logiques : sécuritaire, de rationnement et de rationalisation. Ces deux dernières sont intégrées dans une réorganisation plus vaste des services de l'Etat, la « Révision générale des politiques publiques ». Programmée par le Président Nicolas Sarkozy et le Premier Ministre François Fillon suite à l'élection présidentielle de mai 2007, celle-ci s'organise autour de trois axes : modernisation, efficacité et réduction des dépenses. Le Plan Stratégique National 2008-2011 apparaît explicitement comme une réponse aux critiques de la Cour des Comptes et prévoit d' :

« assurer le contrôle complet des services et prévenir ainsi les dysfonctionnements (situations de violence) » (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse 2007)

Il programme également d'évaluer et limiter les activités des équipes (« capitaliser (les) bonnes pratiques »). Ces trois dimensions sont entrelacées dans ce programme et concourent à recentrer l'administration sur ses missions sécuritaires, poursuivant la logique entamée depuis 1998 (Rousson 2008). Les réorganisations sont ici à la fois une contrainte sur l'organisation des services (il faut contrôler et capitaliser l'usage des moyens) et sur les principes du travail : une situation de violence n'est alors perçue que de manière univoque, comme un « dysfonctionnement ».

1.5. Une redistribution territoriale de la protection de l'enfance.

Enfin, de manière solidaire avec ces réformes de la justice des mineurs, la protection de l'enfance se voit redistribuée sur le plan administratif et placée sous la seule responsabilité des collectivités territoriales. Le 5 mars 2007, deux textes législatifs distincts paraissent simultanément : l'un « relatif à la prévention de la délinquance », l'autre « réformant la protection de l'enfance ». Plus qu'une coïncidence temporelle, ces publications parallèles

indiquent la dissociation des interventions assistancielles et répressives (Lafore 2011, p. 20; Youf 2012, p. 626). Ces deux secteurs ont conservé une autonomie partielle depuis 1958, date de la loi attribuant au juge des enfants des missions civiles d'assistance éducative en plus de ses missions pénales. Cependant, une telle dissociation apparaît historique : la prévention de la délinquance est désormais problématisée par les politiques publiques de manière indépendante de la protection de l'enfance. L'opposition entre une « enfance victime qui mérite notre sollicitude et une jeunesse délinquante dont il faut se protéger » (*Ibid.*, p. 626) rompt avec les principes emblématiques de l'ordonnance de 45.

Cette réforme de 2007 est précédée par une augmentation de l'activité de protection de l'enfance au cours des années 1990. Cette évolution repose sur le repérage croissant de situations familiales « à risques » se distinguant des « cas sociaux traditionnels » : conflits de couples et séparations, problèmes psycho-pathologiques des parents, addictions, errance et marginalité, chômage et difficultés matérielles (Lafore 2011, p. 21).

Ce repérage de « nouveaux risques sociaux » se heurte à la distinction entre sphère publique et sphère privée. Comme le note Robert Lafore :

« À partir de quels fondements et dans quelles perspectives légitimes les autorités publiques peuvent-elles s'immiscer au sein des familles au nom de l'intérêt de l'enfant construit comme un intérêt public supérieur ? » (*Ibid.*, p. 24).

La prévention induit en effet une emprise du public sur le privé plus forte que la répression. La protection de l'enfance procède originellement, à la fin 19^e siècle, d'une exception à l'autorité paternelle. Pendant toute la seconde moitié du 20^e siècle, la protection de l'enfance repose sur le juge et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, remplacée par les Conseils Généraux par la loi de décentralisation de 1986. Cette intervention relevait d'une conception « paternaliste » (Youf 2012, p. 623). A partir de la fin des années 1990, le problème du « droit des parents » émerge (notamment, par une décision de la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 1996). La préoccupation « d'associer les usagers aux prises en charge » est soulignée par le changement sémantique remplaçant le terme d'« autorité » (paternelle puis parentale) par celui de « responsabilité ». Ce changement est opéré depuis la fin des années 1990 dans nombre de pays européens (*Ibid.*, p. 622-627).

C'est à ces deux problèmes, celui de l'inflation des mesures de protection au titre de risques et celui des limites d'exercice du pouvoir public, que la loi de 2007 réformant la protection

de l'enfance entend répondre. Elle repose sur trois principes : la recherche d'une coordination des compétences judiciaires et administratives (Capelier 2013, p. 24), la valorisation de lien contractuel avec les parents et enfin « l'individualisation de l'action publique » en matière de protection de l'enfance. Sur le premier point, la loi prévoit le basculement exclusif de toute l'activité de protection de l'enfance sur les Conseils Généraux. Elle affirme la « subsidiarité de l'action judiciaire vis-à-vis de l'action administrative » (*Ibid.*, p. 25). Suivant la direction prise par les autres pays européens, la loi de 2007 met fin au modèle paternaliste de l'intervention judiciaire où le juge se substituait d'abord au père puis aux parents. Le nouveau système d'alerte des services sociaux, « l'information préoccupante », est traité par une cellule technique dans chaque Conseil Général. Il conduit à recentrer les transmissions sur les seuls services de l'ASE et sur l'échelle du département. Là où autrefois deux modes d'entrée (le signalement judiciaire ou administratif) cohabitaient, la saisine du juge des enfants est désormais limitée aux situations où les mesures administratives, contractualisées avec les parents, sont impossibles à mettre en œuvre ou ont été « épuisé(e)s » (Kerr et al. 2013, p. 30).

Outre cette dissociation dans les faits de missions assistancielles (devenues presque exclusivement administratives) et punitives (du registre judiciaire), il y a là un basculement de l'action publique de l'Etat (la Justice) vers les collectivités territoriales (les Conseils Généraux). Il n'est pas uniquement question d'une philosophie du droit : la nouvelle loi répond au problème pratique de la saturation des dispositifs judiciaires, par ailleurs surchargés par le processus de judiciarisation pénale.

De plus, le dispositif des informations préoccupantes prévoit de distinguer les situations de « danger » et les situations « à risque de danger », consacrant les logiques de prévention. L'intrusion croissante de l'action publique dans la sphère familiale liée à cette logique de repérage des risques est palliée par la place donnée à la contractualisation avec les parents. Enfin, ce point s'intègre dans une inflexion des modes de traitement eux-mêmes. La loi de 2007 fait la promotion d'une diversification des mesures, dans un esprit d'individualisation du traitement (Capelier 2013, p. 26), qui vise non plus l'enfance mais l'enfant (Youf 2012, p. 618). Elle encourage également la mise en œuvre de mesures alternatives au placement, jugées plus respectueuses de l'autorité parentale : les législateurs jugent qu'un placement sur deux est « abusif » (Kerr et al. 2013, p. 30). La priorité est donnée aux traitements n'incluant pas un hébergement de l'enfant à protéger.

2. Deux évolutions topographiques : individualisation et territorialisation

Deux axes structurent ces évolutions des grands secteurs traditionnels de traitement des adolescents déviants. Il s'agit de deux axes *topographiques* au sens où ils touchent tous deux la localisation, la disposition physique et les frontières des actions institutionnelles. Le premier gravite autour de l'individualisation du traitement, le second est organisé autour d'une nouvelle territorialisation de l'action publique. Ces différentes évolutions ont le point commun de toutes prendre l'individu comme cible de l'action publique.

1.

2.

2.1. Ciblage par la souffrance et la vulnérabilité.

Au cours des années 2000, le ciblage des politiques sociales et sanitaires de la jeunesse passe par une attention à la souffrance et à la vulnérabilité des individus (Douard et Loncle 2012). Comme le souligne Valérie Becquet en référence à la pensée de Gaston Bachelard, la vulnérabilité (« qui peut être blessé » selon l'étymologie) constitue une « notion éponge », confondant la désignation d'un phénomène et son analyse. Hélène Thomas montre que l'apparition de cette notion s'inscrit dans des inflexions des politiques sociales et du traitement de la pauvreté dans les démocraties (Thomas 2010, p. 23). Pour reprendre la pensée de Robert Castel, la notion de vulnérabilité se différencie de celle d'exclusion et se situe dans une zone intermédiaire entre intégration et désaffiliation (Castel 1995, p. 17).

« La vulnérabilité se situe entre l'exclusion et l'intégration, et la catégorie de vulnérable entre celle d'intégré et de marginal ou disqualifié. Cette définition par contraste a pour conséquence de la penser comme un « entre-deux ». » (Becquet 2012, p. 52)

Appliquée à la jeunesse, la vulnérabilité contient deux ambiguïtés. D'une part, elle renvoie à un individu particulier, fragile par essence, mais également à un processus (la potentialité d'être blessé). D'autre part, elle pourrait être tautologique, définissant la vulnérabilité et la jeunesse par les mêmes éléments, en l'occurrence la non possession des attributs de l'intégration, tels que le salariat (Muniglia, Rothé et Thalineau 2012). Généralement peu utilisée par les acteurs de terrain (David, Grand et Loncle 2012), cette notion de

vulnérabilité se superpose dans les pratiques institutionnelles à celle, plus diffusée, de « souffrance ».

Cette construction politique des cibles de l'action institutionnelle s'intègre dans le nouvel « ethos » de la vie politique française, fondé depuis la fin des années 1990 sur l'empathie avec le social, sur une « sentimentalisation » du malheur et sur une interprétation portant sur le sujet et sa psychologie individuelle (Didier Fassin 2004, p. 7-14, 21). La catégorie de la « souffrance » souvent « psychique » s'est alors imposée dans le traitement des populations pauvres ou déviantes. Les différents remaniements des secteurs institutionnels en charge des adolescents déviants font l'objet de polémiques plus ou moins vives. Cependant, l'attention à la souffrance des adolescents et l'expertise « clinique » inspirées par la psychanalyse, ailleurs en déclin, restent ici incontestées. Dans le secteur judiciaire, le psychiatre Michel Botbol, responsable de la « Mission nationale d'appui en santé mentale » active entre 2007 et 2009 au sein du Ministère de la Justice, adopte une posture favorable aux projets politiques de refonte du droit des mineurs. Il est suivi par d'autres figures publiques de la PJJ comme le philosophe Dominique Youf. Les critiques de ces évolutions pénales (portées par Francis Bailleau, Laurent Mucchielli ou Christine Lazerges) regrettent un changement de modèle dans l'intervention judiciaire. Pour autant, ces critiques reconnaissent la triple expertise clinique sur l'immaturité développementale, sur la souffrance et sur les vulnérabilités des adolescents. Dans le champ du handicap, il faut souligner les réceptions divergentes de la clinique inspirée par la psychanalyse. Celle-ci rencontre une unanimité en matière d'adolescence déviante et de « trouble du comportement », revendiquant l'héritage de « l'éducation nouvelle, la psychanalyse, la psychologie de groupe » (Capul 2013, p. 8) dans le traitement des adolescents en ITEP. Au contraire elle se voit, au cours de la même décennie fortement discréditée sur le sujet de l'autisme. Là où la clinique des adolescents difficiles repose sur une emphase des carences familiales et parentales, les associations de parents et les familles de jeunes autistes prennent une place active contre les approches psychanalytiques et dans le modelage des politiques de santé au sujet de cette pathologie.

2.

2.1.

2.2. Une intensification des traitements plutôt qu'un transfert d'activité.

Comme le souligne Didier Fassin, les politiques de cohésion sociale organisées autour de la souffrance ouvrent à de nouvelles pratiques de « l'écoute » et à la multiplication de lieux qui leur sont dédiés (Didier Fassin 2004). Dans la même perspective, François Sicot montre qu'il existe non pas un transfert des questions sociales vers les institutions sanitaires mais une augmentation globale depuis les années 1990 dans l'activité de chacun des secteurs traitant les adolescents déviants.

« L'analyse des données statistiques disponibles permet de discerner une augmentation des prises en charge depuis le début des années 1990 dans chacun des quatre secteurs : une augmentation de 25,3 % de 1990 à 2004 des mesures en justice des mineurs ; un doublement de la file active en psychiatrie infanto juvénile entre 1986 et 2000 ; 2,75 fois plus de jeunes suivis dans le secteur médico-éducatif entre 1985 et 2004 ; une augmentation de 4,3 % du nombre de prises en charge de 1997 à 2004 dans le secteur de la protection de l'enfance (l'ASE) et le secteur socioéducatif. » (Sicot 2007, p. 52)

Il y a non seulement plus de mineurs « sous main de justice » mais également « sous main de psy », « sous main de rééducateurs » et sous main d'assistantes sociales (Sicot 2009). Les données statistiques ne permettent cependant pas de savoir s'il s'agit d'un plus grand nombre d'individus traités ou d'une accumulation simultanée ou successive de traitement sur un nombre similaire d'individus (*Ibid.*, p. 54). Dans ce contexte, le repérage de situations de souffrance, problématiques et n'allant « pas de soi » conduit à la « démultiplication des dispositifs sur mesure » (Ravon et Laval 2014, p. 222).

2.3. Souffrance et responsabilité.

Didier Vrancken rappelle les conditions de développement de telles politiques sociales de la souffrance (Vrancken 2009). Elles impliquent la création d'une nécessaire distance entre le sujet souffrant et le spectateur, qui rompt avec l'antagonisme entre compassion et indifférence. Alors que la compassion relevait d'un traitement non pas politique mais

communautaire, cette distance permet la constitution de la souffrance comme problème public et met en position d'objectiver la misère pour gouverner. Elle se départit du soupçon qui n'avait cessé de hanter les approches compassionnelles. Ces politiques de la souffrance passent par un « gouvernement des corps » analysé par Didier Fassin et Dominique Memmi (Didier Fassin et Memmi 2004). Dans les sociétés occidentales, le corps est traditionnellement perçu comme une substance individuelle, c'est-à-dire constitutive de l'identité de l'individu. Il sert surtout des fonctions de représentations dans l'interaction sociale et exprime la condition sociale. Avec la souffrance, la misère sociale se rabat sur le corps, qui devient objet de l'action politique et du gouvernement. Puisant ses racines dans de lentes transformations depuis le 18^e siècle, ce nouveau mode de gouvernement par le « biopouvoir » procède par « faire vivre ou laisser mourir », là où le pouvoir de souveraineté consistait à « faire mourir ou laisser vivre ». Les normes de ce mode de gouvernement visent un sujet autonome et actif : la souffrance n'est pas une anomalie mais un obstacle à surmonter, une épreuve. Aussi,

« Le traitement de la souffrance est révélateur d'une dynamique de production de l'individu contemporain qui est loin d'être confinée aux seuls déploiements de l'administration totale ou de la surveillance permanente. » (Vrancken 2009, p. 74)

Le gouvernement des corps et les politiques de la souffrance ne peuvent se réduire à la seule dynamique de l'assujettissement. Ils font moins appel à une conformité des sujets qu'à un conformisme des capacités : produire des sujets socialisés et capables de donner cohérence à leur trajectoire.

Ces politiques de la souffrance s'intègrent dans « l'anthropologie conjonctive » que décrit Jean-Louis Genard, associant liberté et déterminisme des conduites humaines (Genard 2009). Pour cet auteur, il existe d'un point de vue philosophique trois appréhensions successives de l'articulation entre liberté et déterminisme des actions humaines. D'abord, une « première modernité » allant de la fin du moyen-âge (13^e siècle) au 18^e siècle consacre une interprétation responsabilisante de l'action. Celle-ci se départit des modèles cosmogoniques (astrologiques, théologiques) déterminant les comportements humains. Puis une « seconde modernité » à partir du 19^e siècle et jusqu'au milieu du 20^e, réintroduit le déterminisme par le biais des sciences humaines. S'établit alors une dualité « disjonctive » entre responsabilité et irresponsabilité (illustrée par l'opposition entre droit pénal ou psychiatrie, responsabilité ou irresponsabilité, etc.). Enfin, une modernité tardive établit à

partir du milieu du 20^e siècle une relation « conjonctive » entre liberté et déterminisme, selon laquelle l'action humaine est à la fois déterminée et libre. L'homme est alors « responsable bien que toujours excusable » (*Ibid.*, p. 33). C'est dans le cadre de cette modernité conjonctive qu'il faut comprendre le recours envahissant aux notions de souffrance et de vulnérabilité dans l'action publique et l'ambition politique d'agir sur les subjectivités. Cette « anthropologie conjonctive », procédant par « continuum », conduit à la fois à une extension du regard objectivant (déterministe) sur les conduites humaines et à une critique éthique de cette objectivation comme déshumanisante. Dans l'action publique, ce continuum se traduit par une remise en question de l'opposition entre normalité (traitée dans la société) et maladie (traitée par l'enfermement psychiatrique). L'anthropologie conjonctive soutient donc la « pluralisation des dispositifs » d'action publique et la valorisation d'interventions ambulatoires et de l'autonomie des usagers.

2.4. Souffrance et dangerosité, curatif et punitif.

Dans ces évolutions de l'action publique pour les adolescents, la répression et la compassion continuent à cohabiter. Cependant, qu'elle soit interprétée selon les conceptions de Pierre Bourdieu sur les deux mains de l'Etat ou bien selon celles de Michel Foucault sur le contrôle social, cette cohabitation se fait de manière hétérogène. Isabelle Coutant et Jean-Sébastien Eideliman font remarquer qu'elle varie selon les secteurs institutionnels :

« La construction de l'adolescence « souffrante » dans le champ de la santé mentale correspond à celle de l'adolescence « dangereuse » dans le champ pénal » (Coutant et Eideliman 2013, p. 249).

En dissociant plus nettement protection et répression, les évolutions de la justice pénale font passer le délinquant de « l'enfance en danger » à « l'enfance dangereuse » (Bourgoin 2014, p. 29).

De plus, cette répartition entre vulnérabilité et dangerosité s'effectue différemment entre les territoires locaux. Les postures des acteurs politiques associent deux discours en partie contradictoires et en tension: l'un volontariste considérant la jeunesse comme une ressource et l'autre ciblant la délinquance et les risques liés aux adolescents (David, Grand et Loncle 2012). Ces deux constructions sont relativement unifiées dans les territoires ruraux (par exemple, autour des conduites addictives et du mal-être dans une région comme la

Bretagne). Au contraire dans les « quartiers », les acteurs institutionnels opposent, sans cependant trop les particulariser, les jeunes vulnérables et ceux menaçant l'ordre civil (*Ibid.*, p. 85).

Souffrance et dangerosité, curatif et punitif : la dialectique de ces notions convoque l'articulation des approches de soin et de contrainte. Ces deux notions structurent depuis deux siècles les pratiques psychiatriques, se situant plutôt dans un continuum que comme deux pôles distincts (Velpy et Eyraud 2014). Jusqu'au milieu du 20^e siècle, le pouvoir psychiatrique s'est surtout exercé dans des lieux d'enfermement et d'éloignement au sein de vastes institutions asilaires, répondant à la description faite par Foucault dans le « grand renfermement ». Au cours des trois dernières décennies, ces pratiques se sont infléchies et l'usage de la contrainte est devenue multiforme et extensif : hospitalisation sans consentement, immobilisation corporelle, enfermement, collaboration inter-institutionnelles (Brodwin et Velpy 2014; Velpy 2008, p. 156; Lovell et Rhodes 2014). Ces pratiques de contrainte convoquent pour les acteurs de terrain le problème de la légitimation. Leur apprentissage se fait dans la socialisation professionnelle des psychiatres et des professionnels de première ligne (« front-line workers »), souvent en conflit avec leur sens éthique, et en mobilisant des formes de réflexivité (*Ibid.*; Henckes 2014). Au cours de la même période, des organisations spécialisées dans le traitement de la dangerosité se développent en France comme aux Etats-Unis (Lovell et Rhodes 2014) et dans nombre de pays occidentaux. Ces organisations (comme les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées ou les Unités pour Malades Difficiles) participent à un mouvement de réintégration de la contrainte et de l'enfermement dans le soin (Velpy et Eyraud 2014). Explorant ces évolutions de l'articulation entre soin et contrainte, de nouvelles analyses anthropologiques apparaissent depuis les années 1990 : technologie du sujet, renouvellement des formes de contrôle social et de gouvernement en contexte néolibéral, médicalisation de l'existence.

2.5. Une nouvelle territorialisation.

Un second axe de réorganisation topographique sous-tend ces évolutions institutionnelles. Redessinant les territoires de l'action publique, il se décline en trois volets : un affaissement

des frontières institutionnelles, un basculement vers des politiques locales et une transition vers des traitements non résidentiels.

Les notions de souffrance et de santé mentale, aux contours flous, permettent d'amalgamer des situations hétérogènes (Sicot 2007, p. 51; Didier Fassin 2004, p. 21-25). A travers leur usage expansif et transversal, les quatre champs traditionnels du traitement de la déviance juvénile se reconfigurent et contestent les lignes qui les structurent depuis l'après-guerre : les cibles d'action deviennent communes, unifiées par les notions de souffrance et de vulnérabilité, les activités et les organisations se recoupent et les normes du traitement se mutualisent autour de la santé et du bien-être (Sicot 2009; Ravon 2008).

Ces reconfigurations suivent un second type de territorialisation : elles passent de manière croissante par des politiques locales et non plus nationales. Le désengagement de l'Etat, orchestré en particulier par la Révision Générale des Politiques Publiques de 2007, s'associe aux difficultés budgétaires des collectivités locales (Conseils Généraux et municipalités) vers qui se transfèrent désormais certaines missions (David, Grand et Loncle 2012). Il en résulte un déclin parfois peu visible des interventions publiques en matière sociale et sanitaire pour la jeunesse. L'accent est mis sur des mesures courtes, sur l'autonomie des adolescents et des familles mais également sur la responsabilité des parents¹⁷ dans les troubles causés ou soufferts par leur enfant (Coutant et Eideliman 2013, p. 259; Bailleau 2009, p. 462). La souffrance comme cible d'action institutionnelle revêt de ce point de vue non seulement une logique professionnelle mais également une logique stratégique de réaligement budgétaire (Didier Fassin 2004, p. 61). Associé à la précarité socio-économique (mesurée, par exemple, par les chiffres du chômage des jeunes), ce déclin des actions de l'Etat concourt à menacer les parcours d'intégration sociale des adolescents. L'impact de la baisse des financements publics est contrebalancé par une forte mobilisation institutionnelle pour les adolescents vulnérables et souffrants et par l'importance prise par les associations dans les mises en œuvre des politiques. Il n'en reste pas moins que les politiques locales, tant liées à l'Etat qu'aux collectivités territoriales, sont souvent peu lisibles, éclatées entre divers niveaux de décisions et peu cohérentes :

¹⁷ Rendant par exemple possible l'idée qu'on peut incarcérer les parents de délinquants multi-récidivistes.

« Les politiques locales de prise en charge des jeunes dans les domaines de l'exclusion sociale et de la santé apparaissent comme étant faibles (notamment du point de vue des volumes financiers consacrés et des logiques d'action restrictives pesant sur les professionnels), peu articulées, segmentées et mises en œuvre de manière très différenciée selon les territoires. » (David, Grand et Loncle 2012, p. 47)

L'ensemble de ces réorganisations territoriales concourt à créer une situation troublante d'anomie, au sens d'une incertitude sur la définition et l'organisation de ressources par ailleurs limitées face à un problème attendu (Becker 2013).

Enfin, le réarrangement des secteurs institutionnels passe par un troisième volet de re-territorialisation, affectant les interventions et leurs normes. Les traitements résidentiels, reposant sur une forme d'hébergement collectif et parfois de réclusion, sont progressivement abandonnés au profit de traitements courts, ambulatoires et individualisés (Sicot 2007). Dans le champ du handicap, les ITEP cherchent à se démarquer des traitements rééducatifs antérieurs en internat (Capul 2013). Dans les services de l'ASE, on note une baisse du nombre d'enfants placés et une augmentation des mesures d'assistance éducative exercées au domicile familial (Sicot 2009). Dès la création de l'Education surveillée, en 1945, la justice de mineurs effectue des « traitements en cure libre » sous différents régimes de liberté surveillée, en alternative aux traitements en internat. Jusqu'en 1970, ces deux modes de traitement pénal se répartissent respectivement entre « équipement léger » et « lourd ». À partir de 1970, avec de nouvelles approches législatives sur l'autorité parentale, la prise en charge en liberté surveillée devient le modèle de référence (Jurmand 2007, p. 27). Les internats, privés progressivement de leur dimension professionnalisante, deviennent de plus en plus assimilés à l'enfermement répressif (*Ibid.*, p. 28). Comme nous le verrons, si les traitements résidentiels répondaient à une logique réhabilitative de réintégration, les nouveaux modes ambulatoires mettent l'accent sur la gestion des risques. Connues au sujet de la psychiatrie sous le vocable de « dés-institutionnalisation », ces évolutions touchent en fait tous les secteurs en charge de l'adolescence déviante et expliquent en partie l'augmentation globale des prises en charge (Sicot 2009).

3. De nouveaux problèmes pour les sciences sociales

Ces reconfigurations de l'action publique et de ses secteurs institutionnels posent aux sciences sociales de nouveaux problèmes de trois ordres : la production de nouvelles normes, l'articulation d'interventions antagonistes et la nécessité de dépasser une analyse par secteurs.

3.

3.1. La gestion des risques comme nouvelle norme.

Premièrement, des nouvelles normes de la gestion de risques se substituent à celles de la réhabilitation. Entre les années 1940 et les années 1990, l'Etat social s'organise autour des principes de séparation des déviations juvéniles et de réhabilitation, c'est-à-dire de réintégration du corps social. Qualifié de « protectionnel » (Sicot 2007, p. 59; Sallée 2009) ou de « welfare » (Bailleau 2009, p. 457), ce modèle de réhabilitation vise l'intégration sociale de l'individu « dans un statut d'adulte salarié » (Bailleau 2002, p. 465), utilisant largement l'accès à l'emploi comme moyen de son action dans le cadre de l'hégémonie du salariat (Muniglia, Rothé et Thalineau 2012). Ce modèle de réhabilitation procède d'un « humanisme pénal » (Bourgoin 2014), postulant l'essence humaine du délinquant : la délinquance est conçue comme socialement (et non pas individuellement) déterminée, il faut donc traiter ses causes sociales (pauvreté, manque d'éducation) et réhabiliter le délinquant. Les institutions sociales et judiciaires assurent alors une forme de compromis entre la responsabilité de l'individu (dans son libre arbitre) et la responsabilité de la société (celle des parents, des conditions de vie). Ce modèle procède d'une conception « paternaliste » pour laquelle, en matière de justice, « dire le droit » équivaut à « dire le bien » à l'enfant délinquant (Sallée 2009).

A partir des années 1990, ce modèle réhabilitatif laisse la place à de nouvelles normes visant non plus la « réintégration des non-intégrés » mais la prévention d'une « menace provenant de personnes à risques » (Bourgoin 2014, p. 29). Bailleau souligne les divergences de ces deux types de normes de traitement des déviations :

« Ces deux modes d'appréhension d'une même réalité sociale ne sont pas directement compatibles. Ils participent de deux systèmes opposés de pensée, l'un centré sur la personne, l'autre axé sur la population. Ils impliquent chacun un mode

de gestion différent du temps, l'un se déployant selon une temporalité moyenne ou longue, l'autre sur une temporalité courte. Ils se diffusent, sont mis en œuvre selon des modalités contrastées. L'un tente d'appréhender l'ensemble des dimensions d'une personne en la restituant dans un ensemble social structuré par un système de normes ; l'autre s'appuie sur une vision et une gestion pragmatiques des problèmes sociaux en s'efforçant de les isoler afin de les hiérarchiser à partir d'une évaluation de l'urgence. La première approche s'attache à obtenir l'adhésion de la personne, la seconde se déploie au seul regard du risque, d'un schéma d'évaluation concernant l'ensemble de la population et à partir d'un discours alimenté par la peur de la généralisation de ces comportements » (Bailleau 2002, p. 419).

Pour reprendre les analyses de Robert Castel (Castel 1981), ce modèle de « gestion des risques » introduit des formes renouvelées de gouvernement qui reposent sur la notion de responsabilisation et d'autodétermination. Les institutions développent une « technologie contractuelle » (Bailleau 2009, p. 457) impliquant plus fortement l'autonomie et la participation des adolescents. Soumis à un contrat et appelé à l'autocontrôle, l'adolescent devient « son propre éducateur » et seul responsable de son amendement (*Ibid.*, p. 465). Le changement sémantique d'« enfants » à « mineurs » souligne cette « pédagogie » de la responsabilité.

« L'émergence d'un regard sur la délinquance juvénile comme régularité statistique s'est accompagnée d'un renouvellement du regard savant sur les irrégularités individuelles propres aux jeunes délinquants, l'imbrication entre ces deux regards venant soutenir les profondes transformations politiques que connaît la justice des mineurs. » (Sallée 2009)

Un nouveau regard sur les déviances juvéniles se constitue alors. Accaparé par le libre arbitre de l'adolescent, il néglige la recherche des déterminismes pouvant conditionner les choix individuels, et en particulier la recherche des causes non pas individuelles mais sociales des déviances. C'est particulièrement le cas de l'expertise clinique sur la délinquance des mineurs portées par les psychiatres et influencée, dans le contexte français, par la psychanalyse.

« Ces différents regards sur la genèse individuelle des comportements propres aux jeunes délinquants diffèrent des constructions de la délinquance juvénile comme un « risque statistique » qui insistent en priorité sur la sécurité des personnes au

détriment de la réinsertion des délinquants. Ils peuvent cependant offrir une justification savante a posteriori à la mise en place d'un dispositif institutionnel qui, dans le même temps, répond aux impératifs de la « culture du contrôle » et permet de réaffirmer la spécificité du traitement des jeunes délinquants par rapport à celui des délinquants adultes. » (*Ibid.*)

Ces questions du libre arbitre et de la « compréhension » de la loi par les adolescents coïncident avec les philosophies politiques « néo-libérales » décrites par Danilo Martuccelli. Elles prônent une « nouvelle subjectivité » : celle de « l'individu entrepreneur de lui-même » (Martuccelli 2014, p. 502). La volonté et la raison individuelle (à la modulation près des capacités intellectuelles liées à l'âge dans le cas des adolescents) surpassent les déterminismes sociaux ou psychologiques. Schématiquement, si les mineurs comprennent bien la loi, ils n'auront pas de bonnes raisons de s'y soustraire. Ces conceptions de l'action publique se réfèrent implicitement à l'idéal de « l'égalité des chances ». S'appuyant sur une analyse des politiques dites « de cohésion sociale », Jacques Donzelot montre qu'une série d'infléchissements de l'action régaliennne traverse divers pays occidentaux depuis la fin des années 1990 (Donzelot 2013). Des mesures telles que la discrimination positive (« affirmative action »), la mixité d'habitat urbain dans les quartiers pauvres, la prévention dissuasive de la délinquance marquent le passage d'un Etat providence (« welfare ») à un Etat « d'investissement social » (« social investment state »), selon la formule lancée par le sociologue britannique Anthony Giddens. Ces politiques néo-libérales ne proposent plus une régulation par le libre marché (comme le faisait le modèle libéral) mais par la compétition. La promotion de l'égalité des chances remplace la lutte contre les inégalités. Partant d'une enquête dans la ville californienne d'Oakland, Jennifer Tilton (Tilton 2010) montre que le statut intrinsèquement ambigu de l'adolescence (« youth »), entre l'enfance et l'âge adulte, sert de révélateur à des ambiguïtés structurant les politiques néolibérales de la jeunesse aux Etats-Unis. La conviction d'une égalité des chances pour tous les enfants et le sens de la justice qui en découle se voient ébranlés par des questions telles que la reproduction sociale des inégalités de classe et de race, l'articulation de l'espace privé et de l'espace public ou encore la répartition des logiques protectionnelles et punitives dans l'action publique. La perception d'une discipline nécessaire pour la jeunesse noire se renforce dans ce contexte néolibéral de déclin des interventions publiques, conduisant à la demande d'une présence policière renforcée dans une dynamique de protection de la jeunesse contre sa propre

turbulence « naturelle ». Associées aux évolutions juridiques créant une homogénéisation du traitement pénal des mineurs avec celui des majeurs, ce traitement policier de la déviance juvénile aux Etats-Unis accroît considérablement le recours à l'incarcération. Si bien que la prison est en passe de devenir une étape presque incontournable vers l'âge adulte pour les jeunes hommes noirs et pauvres. Par contraste, la déviance juvénile dans les classes blanches aisées est de plus en plus médicalisée au sein d'établissements sanitaires privés, et de plus en plus extraite du système judiciaire. Dans le contexte nord-américain, marqué par l'héritage du mouvement des droits civiques, ce mode de gestion des risques produit une forme de « racisme sans racistes », répartissant les jeunes dangereux et vulnérables de manière discriminée selon leur classe et leur race.

3.2. Les ambiguïtés de la vulnérabilité comme cible institutionnelle.

S'il est en effet difficile d'opposer à la vulnérabilité un antonyme précis, celle-ci est souvent mise en balance avec la dangerosité. A l'image des observations de Tilton aux Etats-Unis, les évolutions juridiques en matière de délinquance juvénile en France contiennent des « signes avant-coureurs » (Giudicelli-Delage et Lazerges 2011, p. 79) d'une construction des adolescents délinquants comme des figures de dangerosité. Ces modes de traitement judiciaires venant en addition aux peines (comme par exemple les « sanctions éducatives ») rappellent diverses mesures du même ordre visant à la même période d'autres groupes sociaux que les adolescents. C'est le cas, par exemple, de mesures complémentaires telles le retrait du titre de séjour provisoire d'un demandeur d'asile en cas de mise en examen (en 2003) ou l'inscription automatisé sur un fichier des auteurs d'agressions sexuelles (en 2004). Adolescents, migrants ou délinquants sexuels sont ici construits comme des groupes dangereux dont le traitement pénal doit assurer la prévention de la dangerosité au-delà de la punition.

Or, c'est là un second point : le traitement de la dangerosité pose certains problèmes relatifs au « sens » de ces pratiques, c'est-à-dire aux normes et aux valeurs dans le cadre desquelles elles s'exercent. Les administrations (sanitaires et pénales) ne reconnaissent que mal les arrangements institutionnels hybrides où s'exerce la contrainte et où les questions de la dignité humaine, de la sécurité collective et de la responsabilité personnelle restent en suspens (Velprey et Eyraud 2014). La pratique de la contrainte, bien que commune, reste peu

étudiée tout comme l'est sa diffusion dans les reconfigurations du pouvoir psychiatrique. Celle-ci est pourtant toujours incluse dans un « dispositif institutionnel plus large » et convoque pour les acteurs de terrain le problème de la légitimation. Dans le cas de la psychiatrie, le mandat pour l'exercice de la contrainte est à la fois pourvu par des notions médicales générales (sur la pathologie et son traitement, sur les obligations professionnelles) et par des contingences plus locales (techniques, architectures, etc.). Cette tension entre soin et contrainte et ces écarts dans les modes de légitimation des pratiques définissent les frontières mouvantes d'interventions jugées acceptables et de celles relevant du « sale boulot ».

3.3. Les lectures critiques à partir des frontières : transfert d'activité et déclin.

Face à aux évolutions survenues au cours des deux dernières décennies dans le traitement des déviances juvéniles, les sciences sociales ont pour l'essentiel développé deux ordres de lectures critiques.

Le premier type d'analyses s'intéresse aux phénomènes de requalification des actions institutionnelles, étudiant les nouvelles formes de constructions des déviances. Elles livrent des interprétations en termes de « médicalisation » ou de « psychiatisation » pour rendre compte de la place croissante donnée à la souffrance et la vulnérabilité. Ou bien encore, elles étudient les phénomènes de « pénalisation » croissante de la déviance juvénile. Appuyées par une sociologie des « étiquetages » et par des postulats constructivistes, ces analyses tendent « à faire des problème sociaux et en premier lieu de la déviance, le produit d'opération de catégorisation et de traitement de la part des institutions » (Céfaï et Terzi 2012, p. 12). Si elles ont le mérite de dévoiler les ressorts de l'individualisation du traitement (comme par exemple la construction des discours institutionnels et politiques décrivant une jeunesse plus violente), ce premier registre d'analyse ne rend pas suffisamment compte de la façon dont ces requalifications s'opèrent en pratique. Sous-entendant qu'il s'agit de modes de traitement illégitimes (Sicot 2007, p. 44) et défavorables pour les populations qui en font l'objet, ces analyses ne montrent que difficilement les variations dans la mise en pratique de la psychiatisation ou la pénalisation selon les usagers et selon les institutions. En effet, la gestion des risques proposée par les évolutions les plus récentes de l'action publique se fait bien évidemment au détriment d'une recherche des

causes, en particulier des causes sociales. Les institutions publiques en charge de la jeunesse déviante continuent à traiter une population socialement homogène, issue des classes populaires pour ne pas dire pauvres (Coutant 2012). En outre, l'idée d'un transfert d'activité qui les sous-tend (une pénalisation ou une médicalisation du social) est contredite par l'augmentation globale des prise en charges (Sicot 2007, p. 52).

Le second type d'analyses gravite autour de l'idée d'un déclin. Portées sur les nouvelles formes de territorialisation de l'action publique, ces analyses insistent sur le recul de l'Etat social et du rôle socialisateur des institutions publiques (Dubet 2002). Ces analyses en termes de déclin ne permettent pas de prendre en considération les nouvelles formes d'action publique et les nouvelles constitutions de problèmes sociaux (Ravon 2008).

Enfin, ces deux axes d'analyse partagent une ambiguïté critique. D'une part, elles regrettent en partie des réalités sociales qu'elles ont autrefois dénoncées : l'abus de pouvoir des institutions, l'effacement de la singularité des sujets. Pour reprendre le terme utilisé par Byron Good au sujet des critiques anthropologiques de la biomédecine, ces analyses se retrouvent dès lors dans une juxtaposition « gênante » (Good 1999, p. 76) de deux postures : dénoncer des institutions (comme moyen disciplinaire et d'exercice d'un pouvoir) tout en militant pour leur accès (en particulier pour les personnes les plus défavorisées). D'autre part, ces analyses ne pensent que difficilement l'intégration de la critique par les institutions. Dans le champ de la pédagogie spécialisée et de la protection de l'enfance, la critique des institutions contemporaines semble présente dès leur création. Les travailleurs sociaux n'ont de cesse de rappeler des initiatives alternatives aux traitements résidentiels, telles :

« La tentative, célèbre et méconnue, sans équivalent, de Fernand Deligny, à Paris, en 1948, « La Grande Cordée » : réseau de séjours d'essai pour adolescents « irrécupérables », mis en place à travers la France grâce notamment aux Auberges de jeunesse. » (Capul 2013, p. 24)

Présente dès l'après-guerre, ces critiques sont, un peu à l'instar des mouvements de réformes de la prison étudiés par Michel Foucault dans « Surveiller et punir » (Foucault 1975), contemporaines de la création des institutions modernes de traitement de la déviance juvénile. Mais contrairement au monde carcéral, elles sont issues des agents institutionnels eux-mêmes. L'activité critique, intense, est devenue peu à peu « une composante de la culture professionnelle » (Dubet 2002, p. 81). A partir des années 1970,

elle procèdent par « résonance » avec les « sciences humaines », alliant les critiques sociologiques (de l'institution totale), philosophiques (du pouvoir de discipline) et psychanalytiques (de la psychologie de groupe) portant toutes trois sur l'exercice du pouvoir (Coutant 2012, p. 16).

3.4. Produire une analyse au-travers des frontières institutionnelles.

D'une part, l'affaïssement des limites traditionnelles entre secteurs d'action publique incite à développer une analyse « a-sectorielle » (Sicot 2007), pour reprendre l'expression de François Sicot. Il s'agit d'étudier la porosité et l'indétermination des parcours, les « orientations ». Les évolutions des normes et des cibles du traitement institutionnel, les ambiguïtés qui leur sont inhérentes rendent peu pertinente une approche analytique opérant par distinction (par exemple: vulnérable/non vulnérable...). Comme le souligne Valérie Becquet (Becquet 2012), il faut dès lors pouvoir décrire et analyser non pas les frontières des institutions mais les « porosités » des situations traitées et la « circulation » des individus entre vulnérabilité et dangerosité.

D'autre part, les transformations qui, à travers les nouvelles formes de biopouvoir, ont fait passer le corps et la souffrance de l'ordre de l'intime à celui du public restent à explorer. Pour Didier Vrancken, cette exploration passe par des enquêtes dans des espaces sociaux « infra politiques », qui ne sont pas explicitement désignés comme lieu de constitution et de traitement de problèmes publics :

« Là où l'activité de collectifs, d'assemblées informelles, de petits groupes se décline en une diversité de formes élémentaires de la vie politique qu'il faudrait davantage cerner. » (Vrancken 2009, p. 76)

Ces différentes raisons, l'effacement des secteurs institutionnels, l'ambiguïté de cibles de leur action, les transformations de l'intime et du public, rendent d'autant plus pertinentes la description et l'analyse de la marge institutionnelle que constituent les adolescents difficiles. En partant du travail d'un réseau inter-institutionnel qui cherche à résoudre les problèmes posés par les adolescents difficiles, nous aurons à faire à cette « forme élémentaire de la vie politique » décrite par Vrancken et nous pourrons poursuivre l'analyse « a-sectorielle » ouverte par Sicot.

4. Une anthropologie clinique de la santé mentale

Pour filer la métaphore de la « boîte à outils » proposée par Michel Foucault (Foucault 1994, p. 720), nous nous appuyons sur trois « outils » conceptuels, partiellement antagonistes : le pragmatisme, l'interactionnisme et la généalogie pour construire l'enquête et produire une *analyse constructiviste tempérée*.

Une approche pragmatiste des problèmes sociaux, telle que la résumant Daniel Céfai et Cédric Terzi (Céfai et Terzi 2012), promet de renouveler les analyses en termes de déclin ou de médicalisation en se démarquant d'un constructivisme trop appuyé. D'une part, la sociologie pragmatiste offre la possibilité de décrire simultanément les *problématisations* faites par les acteurs institutionnels, sans l'a priori de leur affiliation à un des champs d'action publique, et la façon dont les *publics* du problème se constituent, là aussi en levant l'a priori d'un étiquetage préalable. Comme le rappellent Céfai et Terzi, en référence à la pensée de John Dewey, le public d'un problème est :

« L'ensemble des personnes, organisations et institutions indirectement concernées par la perception partagée des conséquences indésirables d'une situation problématique et qui s'y impliquent pour tenter de l'élucider et la résoudre » (*Ibid.*, p. 10).

Une telle analyse se distancie du constructivisme social qui, dans les suites de la théorie de l'étiquetage au cours des années 1960, donnait parfois aux problèmes sociaux « les apparences d'une fiction », produite par une « fabrique » ou une « manufacture » :

« (Le constructivisme) tendait à faire des problèmes sociaux et en premier lieu de la déviance, le produit d'opération de catégorisation et de traitement de la part des institutions » (*Ibid.*, p. 12).

D'autre part, grâce à la notion d' « enquête », la sociologie pragmatiste peut prendre en compte la façon dont les institutions intègrent les critiques de leur pouvoir. Comme le décrivent Céfai et Terzi, le pragmatisme conduit à questionner la distinction et l'écart de légitimité entre enquête savante et enquête profane :

« La réflexion, l'enquête et l'expérimentation peuvent aussi être le fait d'habitants, d'enseignants, de travailleurs ou d'organismes communautaires » (*Ibid.*, p. 17).

Enquêter sur une dynamique de problématisation et de « routinisation » (c'est-à-dire de mise en route d'un traitement du problème), c'est considérer les thèmes partagés, leur expression et leur symbolisation, les enjeux de pouvoir dont ils font l'objet lors de leur médiatisation par des institutions, la routinisation par des institutions investies d'une autorité. Nous étudierons donc dans cette thèse les nouvelles formes de problématisations, en l'occurrence cliniques, faites par les acteurs institutionnels sur l'inadéquation contemporaine des systèmes spécialisés de traitement de la jeunesse déviante. Cette enquête se vaudra celle de *l'action publique en chair et en actes* et rendra compte de *l'expérience* du problème éprouvé par son public.

Mais nous nous attacherons également à proposer une problématisation alternative à celle des acteurs du terrain focalisée non pas sur l'expérience du problème mais sur sa *construction* à partir de catégories pratiques préexistantes. Cette démarche d'enquête alternative s'élaborera à partir de deux outils complémentaires. D'une part, nous mobiliserons un outil historique, la généalogie. Cet outil s'appuie sur une épistémologie foucauldienne, pour qui les formes discursives lient savoir et pouvoir au sein d'un dispositif, et sur une vision du monde social comme construit par les formes discursives. La généalogie mettra en perspective le travail des institutions et les catégories (ici, les adolescents difficiles) qu'elles utilisent. Elle s'attachera à rester fidèle à « l'intuition constructiviste à propos du caractère « créateur » ou « inventif » du travail de problématisation et de publicisation, grâce à laquelle l'idée d'une construction peut être maintenue « sans que soit pour autant accrédité une posture nominaliste ou artificialiste » (*Ibid.*, p. 32).

D'autre part nous aurons recours à une conception interactionniste de la vie sociale, telle qu'Anselm Strauss l'a conçue avec la notion « d'ordre négocié » depuis ses enquêtes sur le milieu hospitalier (Strauss et al. 1963). Plutôt qu'organisée par des objectifs et des règles préétablies, la société est analysée avant tout comme une production collective et l'enquête attache une importance primordiale à l'étude des conflits et des négociations. Comme le souligne Adele Clarke (Clarke 2005), si le constructivisme tendait à traiter les problèmes sociaux comme de pures fictions, il vient au contraire nuancer et atténuer l'ambition positiviste de Strauss dans sa tentative pour imposer la « grounded theory » face aux méthodes qualitatives. Clarke propose de se distancier de l'idée d'un « processus social de base » abstrait, qui conditionnerait les acteurs et qui peut être *in fine* objectivé par l'enquête

de terrain et de favoriser la réflexivité du chercheur sur les enjeux de pouvoir dans la relation d'enquête et sur la relativité de ses propres savoirs.

L'association de ces trois outils, la sociologie pragmatiste des problèmes sociaux, l'interactionnisme et la généalogie d'inspiration foucaldienne s'appliqueront à établir une *anthropologie clinique de la santé mentale*. Nous nous pencherons sur la façon dont les institutions opèrent une mise en ordre des déviations juvéniles, selon une dimension cognitive et narrative (en usant de catégories) mais également selon une dimension concrète d'organisation (règlements, mandats, etc.). Nous serons particulièrement vigilants à repérer leurs conflits, et la manière dont elles les règlent ou, le cas échéant, leur échec à les résoudre. C'est ainsi que nous étudierons comment les acteurs de terrain construisent un problème et son public avec une catégorie clinique, comment l'usage de la clinique se déploie de manière différentielle et quels jugements éthiques sont, par-là, mobilisés.

5. Généalogie

Pour explorer la catégorisation et le traitement contemporain des adolescents difficiles en France, cette thèse combine deux ordres de données : une généalogie de l'adolescence difficile et de son traitement à partir d'un corpus documentaire et des données ethnographiques issues d'une enquête de terrain auprès d'un réseau inter-institutionnel destiné à cette population. Les deux méthodes, généalogique et ethnographique, qui produisent ces données visent toutes deux à analyser les liens entre, d'une part, des politiques publiques en matière sociale, judiciaire et sanitaire, et d'autre part, la façon dont des acteurs institutionnels (ici des travailleurs sociaux, des médecins et des cadres administratifs) pensent et traitent un problème avec une catégorie clinique. Bien que l'objet (les adolescents difficiles) connaisse un champ de pratiques et des programmes politiques bien plus étroits, la combinaison de ces deux méthodes ouvre la même perspective que celle empruntée par Didier Fassin et Richard Rechtman au sujet du trauma : celle d'une « double généalogie » (Didier Fassin et Rechtman 2007, p. 43), analysant à la fois la formation d'une idée théorique et son succès pratique. Dans une perspective d'anthropologie de la santé

mentale, cette combinaison vise à la fois l'écriture d'une histoire du temps présent et l'enregistrement de la « résonance temporelle de certaines pratiques » (Rhodes 2004, p. 15).

4.

5.

5.1. Constitution de deux corpus documentaires.

Deux corpus documentaires initiaux, l'un sur les adolescents difficiles et l'autre sur leur traitement, ont été établis à partir du moteur de recherche bibliographique Scopus. Il s'agit d'une base de données académique large, couvrant des champs disciplinaires divers (sciences de la nature, médecine, psychologie, sciences sociales). Scopus recense la littérature scientifique ainsi qu'une partie des productions professionnelles et des communications orales, mais exclut les écrits littéraires, artistiques ou journalistiques. Selon son éditeur, Elsevier, Scopus référence 47 millions d'items, issus de 18 500 revues à comité de lecture, 400 publications professionnelles, 340 éditeurs de livres, 4,9 millions de comptes-rendus de conférence.

En décembre 2011, j'ai constitué un premier corpus documentaire sur les adolescents difficiles (voir annexe 2). La requête a été formulée avec deux mots clefs tronqués permettant d'inclure tous les termes relatifs à l'adolescence et la difficulté (adolescent difficile, en difficulté, etc.). Un troisième item de requête permettait de limiter la recherche aux articles de langue française. Cette requête a obtenu initialement 77 références. Un critère d'exclusion a ensuite été appliqué à toutes les références qui n'étaient pas relatives à l'expression « adolescent difficile » et 63 items ont ainsi été exclus. Il s'agissait d'articles médicaux abordant des diagnostics ou des traitements « difficiles » chez l'adolescent, ou portant sur les infections à la bactérie appelée « *Clostridium difficile* ». Quatorze occurrences restaient à l'issue de cette exclusion. L'annexe 2 indique le corpus sélectionné à partir de cette requête.

En collaboration avec Samuel Lézé (Gansel et Lézé 2015), nous avons constitué un second corpus documentaire sur le traitement des adolescents difficiles en croisant une recherche bibliographique des articles francophones parus dans les revues scientifiques et professionnelles avec la lecture d'ouvrage psychanalytiques contemporains. Une première

recherche bibliographique a été réalisée en juin 2010 sur les bases françaises Cairn et Revues.org par Samuel Lézé. J'ai conduit une autre recherche, plus systématique, le 11 janvier 2012 à partir de la même base de données Scopus (voir annexe 3). La formulation de ma requête sur Scopus à l'aide de troncatures associait trois critères d'inclusion suffisants : les termes issus de contenir (contenant, contenance, contention), ceux issus de "psy" (la psychiatrie, psychopathologie, psychologie ou psychanalyse) et ceux relatifs à l'adolescence. Le quatrième critère nécessaire était la publication de l'article en langue française. Cette requête a produit 39 articles. Le seul critère d'exclusion était l'absence de lien avec la psychiatrie, la psychologie ou la psychanalyse. Après lecture de l'ensemble des articles, un seul texte (portant sur une technique d'immobilisation en anesthésie) a été exclu car ne relevant pas de la thématique abordée. Cette seconde recherche a permis de systématiser un déroulement chronologique des publications, les articles étant aisément classés par date de publication.

5.1. Analyse du corpus : généalogie d'une catégorie.

Les textes n'ont pas été traités par une analyse conceptuelle intrinsèque poussée, comme le ferait une revue de littérature, le corpus n'étant pas constitué de manière systématique pour recueillir tous les écrits publiés sur un thème pendant une période donnée. L'analyse du corpus ne constitue pas non plus une bibliométrie, analysant quantitativement les items en établissant des liens statistiques significatifs entre leurs caractéristiques (date de publication, auteur, nombre de citation, etc.). Il s'agit plutôt d'identifier les occurrences de certaines notions, les références théoriques invoquées et les "renversements" de leur valeur d'usage. Une périodisation a été établie, délimitant des phases dans les évolutions du corpus. Si le recours à la périodisation sur une durée chronologique aussi brève (environ 50 ans) est d'une faible valeur historique, elle permet cependant de clarifier schématiquement les inflexions d'usage de ces notions. De plus, une attention particulière a été portée aux auteurs de ces conceptions en tant qu'acteurs sociaux : des éléments de leur biographie, de leur parcours social et intellectuel ont été recueillis.

La notion de « catégorie » fournit un axe d'interprétation commun utile au traitement des données généalogiques aussi bien qu'ethnographiques. Suivant les conceptions de Marcel Mauss, une catégorie est un principe de jugement et de raisonnement constamment présent

dans le langage mais qui reste implicite (Mauss 1906, p. 24). Dans cette thèse, l'analyse de la catégorie des adolescents difficiles intervient à trois niveaux : d'une part comme catégorie de l'action publique organisant des projets législatifs et des actions institutionnelles ; d'autre part comme catégorie « descriptive » au sens de Byron Good (Good 1999, p. 32), c'est-à-dire désignant des objets naturels (à l'instar des maladies) de l'activité clinique ; et enfin comme catégorie « classificatoire » (*Ibid.*), c'est à dire comme schème cognitif qui produit du tri, des classements et ordonne des actions. A l'instar de l'anthropologie de la santé de Good, analyser les adolescents difficiles comme une catégorie permet de rendre compte d'un

"riche langage culturel, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système de relations sociales, qui (...) associe les grandes questions morales à des fonctions techniques évidentes". (*Ibid.*)

Il existe différentes façon de définir et de réaliser une « généalogie » en poursuivant la pensée de Michel Foucault (Foucault 1972). Cette approche est un outil complémentaire de plus en plus fréquemment utilisé en sciences sociales (Saukko 2003, p. 115-134) et particulièrement dans l'anthropologie de la santé mentale. C'est le cas dans le travail de David Armstrong sur le « health behavior » ou celui d'Edward Comstock sur le trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant (Armstrong 2009; Comstock 2011). Conçue alternativement comme une méthode ou une anti-méthode, l'analyse généalogique implique l'étude de la formation et des conditions de possibilité d'un savoir.

L'hypothèse qui anime cette analyse est qu'un savoir (un concept clinique) passe dans le sens commun (en tant que catégorie) grâce à un changement d'usage et de valeur, mais sans impliquer nécessairement un changement ou une inflexion de son contenu. Un tel passage s'opère grâce à certaines ambiguïtés qui sont *intrinsèques* à ce savoir, mais également dans des conditions *extrinsèques* morales et politiques qui le rendent pertinent à un moment donné. L'objet de cette thèse est donc d'analyser comment, et à quelles conditions, des jugements et des pratiques sociales rencontrent un savoir clinique et le considèrent comme légitime. Cette hypothèse se décline en une série de questions relatives aux adolescents difficiles et à leur traitement. Quand et dans quel champ disciplinaire, dans quelles circonstances et sous l'action de quels acteurs sociaux ces notions émergent-elles ? Que remplacent-t-elles ? Quelles inflexions peuvent être repérées dans leurs usages ?

5.2. Création d'un réseau de documents.

Ce corpus limité a été complété et enrichi par réticulation, dans trois dimensions : les citations, les institutions et les auteurs (voir annexe 4). Premièrement, il a été étendu en suivant le réseau des citations. A partir des premiers articles identifiés par mots-clefs pertinents dans le titre ou le résumé, une seconde ligne d'articles et d'ouvrages a été retenue. Cette seconde ligne se déploie à la fois en *amont* de ces premiers articles, en suivant leurs références bibliographiques, et en *aval*, en suivant leur citation dans des publications ultérieures. N'étant pas tous indexés dans Scopus, certains textes antérieurs ne figuraient pas dans les résultats de la requête initiale. Les publications postérieures étaient, quant à elles, aisément disponibles par un outil de ce moteur de recherche. Cette première étape a permis d'établir un périmètre bibliographique au contour flou, mais aux liens de citation cohérents.

Deuxièmement, le corpus a été complété en suivant la dimension des institutions et de leur littérature "grise", non publiée. Une recherche dans les archives de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (sur le site des Archives Nationales de Fontainebleau) a été réalisée le 24 mars et le 12 mai 2010. Plusieurs documents de l'Education Surveillée ou de la PJJ relatifs aux adolescents difficiles et à leur traitement ont été ajoutés. Une série de documents para-législatifs a également été regroupée à partir des sites internet de la Documentation Française, du Journal Officiel et des assemblées parlementaires (Sénat et Assemblée Nationale). Ces documents (voir annexe 4) constituent ce que nous choisirons d'appeler un *corpus para-législatif*, reflétant l'activité de « policy making » sur l'adolescence, c'est-à-dire la construction de politiques publiques aux différents niveaux de l'Etat. De la même manière, les documents produits par les institutions du terrain ethnographique sont venus compléter le corpus.

Troisièmement, le réseau de documents s'est étendu en suivant la dimension des auteurs. Des écrits non publiés, des interviews filmées et des textes biographiques les concernant ont été collectés.

L'ensemble a abouti à une collection documentaire plus vaste¹⁸ et aux contours plus flous que les deux corpus initiaux, mais suivant une réticulation solide.

¹⁸ Aux requêtes initiales, s'ajoutent par réticulation 42 documents.

6. Ethnographie

La méthode pratiquée correspond à une ethnographie de type monographie, reposant principalement sur deux types de données. D'une part, j'ai conduit une observation de l'activité du réseau pour adolescents difficiles au cours des commissions. J'ai observé 23 réunions durant la période de l'enquête et noté en détails l'analyse faite de 27 situations d'adolescents. D'autre part, j'ai réalisé 15 entretiens ethnographiques approfondis, retranscrits, sur les parcours professionnels des acteurs. Pour compléter ces données, j'ai collecté des documents produits par les institutions du réseau (rapports d'activité, fiches descriptives et programmatiques à visée interne ou publique). Les données de lieux et de personnes ont été anonymisées (voir encadré ci-dessous).

6.

6.1. Aspects méthodologiques.

Suivant les principes résumés par Florence Weber et Stéphane Beaud (Beaud et Weber 2010, p. 15), l'enquête ethnographique repose sur l'existence d'une interconnaissance, sur la réflexivité de l'enquêteur et la longue durée. Le codage des données ethnographiques, suivant le modèle de la "théorie fondée" ("grounded theory") avancé par Anselm Strauss (Strauss 1992, p. 54), repose sur les jugements et les catégories mobilisés par les acteurs dans leurs discours, leur positions sociales et leurs pratiques. Deux « moteurs de l'ethnographie » (Eideliman et Béliard 2006) viennent compléter ces conditions nécessaires de l'enquête : l'utilisation de l'interconnaissance et l'attention aux catégories « indigènes ». Ces deux moteurs sont animés par une force transversale : la réflexivité de l'enquêteur.

L'enquête procède avant tout d'une démarche de « distanciation » (Beaud et Weber 2010, p. 47) en terrain proche. Comme le souligne Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, la participation précède et dépasse de ce fait l'observation et la durée se trouve « hors de l'enquête ». Sur le plan chronologique, je participe au réseau depuis fin 2008 et bien après 2013. L'enquête de terrain a été conduite pour l'essentiel d'avril 2009 à décembre 2011 mais j'ai continué à participer plus ponctuellement au réseau entre septembre 2012 et novembre 2015. Pendant cette seconde période, j'ai réalisé une « restitution », ou plutôt une évaluation continue de la recherche, à différentes occasions lors de réunions de bilan du réseau. Au moment de commencer l'enquête, je suis inscrit depuis plusieurs années déjà

dans des liens de sociabilité professionnelle ou personnelle avec plusieurs acteurs du réseau. L'intégration de l'interconnaissance est, pour moi, à la fois préalable et postérieure à la durée de l'enquête. Invité, dans un processus de délégation, à participer au réseau dans le cadre de mon activité de psychiatre, je n'ai été conduit à me présenter comme doctorant en anthropologie que tardivement, pour l'essentiel lors des sollicitations d'entretiens. Pour reprendre la reformulation proposée par Fassin et Rechtman, j'ai procédé par une « participation observante » (Didier Fassin et Rechtman 2007, p. 24). Cette situation fait perdre à l'enquêteur l'atout de l'étrangeté et appelle un travail de réflexivité spécifique.

6.2. Du thème d'enquête au choix du terrain.

« Comment des institutions différentes traitent des adolescents dangereux ? » Ainsi se définissait au départ de mon cursus doctoral le « thème d'enquête » (Beaud et Weber 2010, p. 56), temporaire, évolutif, qui n'était pas encore un « objet » de thèse. J'ai initialement cherché des lieux où je pouvais rencontrer cette situation pratique. C'est à cette même période que s'est présentée l'opportunité d'intégrer le réseau pour adolescents difficiles, activité que mon chef de service m'avait déléguée.

Pendant la première année de ce travail de thèse (soit environ jusqu'en décembre 2010), j'ai pris des notes de terrain préliminaires et réalisé des entretiens « informatifs » (Beaud et Weber 2010) avant de décider d'y réaliser mon enquête de terrain. Pendant cette période, j'ai également collecté les documents servant à l'analyse.

Le choix d'enquêter dans le réseau s'est confirmé alors que l'objet de ma thèse se précisait. Au cours du travail préliminaire, j'avais pu observer des scènes de discordes parfois violentes entre travailleurs sociaux et psychiatres sur le statut « à soigner » ou « à éduquer » d'un adolescent. Après avoir conduit un précédent travail sur les patients indésirables et « intraitables » aux urgences médicales (Gansel, Danet et Rauscher 2010), j'ai souhaité interroger l'arrière-plan social de cette scène de discorde. Rencontré au cours des recherches documentaires sur le thème de la dangerosité adolescente, la catégorie des « adolescents difficiles » apparaissait alors comme un objet cohérent, offrant la perspective de mobiliser conjointement généalogie et ethnographie.

Dans un troisième temps de l'enquête, lors du premier codage et de la rédaction des « mémentos » (Strauss 1992, p. 54) à partir du cahier d'observation, je suis revenu de

manière réflexive sur ce choix du terrain. Deux données ont pu être exploitées, portant sur l'accessibilité du terrain et le processus de délégation dont il est l'objet.

De plus, en identifiant la catégorie « indigène » des adolescents difficiles utilisée dans le réseau, j'avais un moteur de réflexivité sur mes propres catégories et pouvais exploiter au mieux la « perturbation » apportée par mon activité de psychiatre dans le milieu de l'enquête. Comme le soulignent Jean-Sébastien Eideliman et Aude Béliard,

« Certes, comme l'explique Olivier Schwartz dans *Le Monde privé des ouvriers*, la « perturbation » induite par la présence de l'enquêteur doit être le plus possible « réduite » ; de même, des catégories trop figées empêchent de saisir les problèmes de manière ethnographique. Mais la « perturbation » est aussi une arme pour l'ethnographe et peut être « utilisée » comme un formidable révélateur de pratiques ordinairement non explicitées. Et l'ethnocentrisme, source de surprises pour l'enquêteur, peut se révéler un puissant moteur d'analyse, s'il est contrôlé, en permettant d'instaurer la comparaison, entre ses propres catégories et celles des « indigènes », là où on ne l'attendait pas forcément. » (Eideliman et Béliard 2006)

En outre, le « défi » anthropologique repéré par Raymond Massé sur le « risque » peut être ici relevé au sujet de la dangerosité.

« L'anthropologie se confie encore trop souvent à la production d'un contre-discours savant sur le risque, plus qu'elle ne se préoccupe du vécu du risque quotidien en contexte familial ou communautaire. Elle doit déborder d'une théorisation « sur » le risque pour développer des concepts « à partir du » risque et des savoirs et pratiques populaires. » (Massé 2010)

Le choix d'un terrain inter-institutionnel présentait l'intérêt d'ouvrir à une recherche sur la dangerosité adolescente « à partir » de la dangerosité, telle qu'elle est expérimentée par des acteurs sociaux.

6.3. Note méthodologique : l'anonymisation

Toutes les informations relatives au terrain ont été anonymisées. Cette procédure touche donc l'ensemble des données ethnographiques, mais également certains documents du corpus généalogique produits par les institutions du réseau.

L'anonymisation repose essentiellement sur le remplacement des noms propres par des pseudonymes. Pour les acteurs du terrain (voir annexe 1), j'ai fait le choix suivant : les membres permanents gardent un prénom et un patronyme (Karim Amzaoui, Ghislaine Poncet, etc.) ; les membres venus présenter, qui ne sont rencontrés que ponctuellement sur le terrain, sont identifiés par une lettre (Mme E, Mr A, etc.) ; les adolescents sont habituellement désignés par un prénom (Mohamed, Hind...) selon la pratique des acteurs, mais leurs patronymes ont également anonymisés (voir annexe 1). Dans tous les cas, et comme pour les professionnels, il s'agit de pseudonymes dont le choix s'attache à respecter les nuances linguistiques du nom original. Par contre, les récits des professionnels n'ont pas été modifiés, la teneur des entretiens n'étant pas suffisamment biographique pour compromettre l'anonymat.

Des précautions supplémentaires ont été prises concernant les lieux car leur identification permet le plus souvent celle des acteurs. Les institutions où ils travaillent, de même que les localisations qu'ils désignent ont été également rendues anonymes en modifiant leur nom lorsqu'ils en avaient un (par exemple : La Bellegarde, le FDF, le quartier des Jonquilles). De plus, la description de l'aire géographique où se déroule l'enquête a également été partiellement modifiée pour la maintenir secrète. Enfin, les références de quelques documents intégrés dans l'analyse généalogique ont été modifiées pour les même raisons. Ces documents sont identifiés dans l'annexe 4.

Synthèse de la partie et transition

Les adolescents difficiles correspondent à une catégorie clinique renvoyant à une étiologie : la carence, et définie par des symptômes. Ce champ symptomatique est repéré par la notion de souffrance et comporte à la fois des signes propres à l'adolescent (des comportements déviants) et des signes manifestés dans son entourage (les réactions des adultes qui en ont la charge). Ils constituent de ce fait un trouble de nature ambiguë, suspendu entre psychopathologie individuelle de l'adolescent et problème collectif des professionnels. Les adolescents difficiles sont associés en particulier à un problème politique et institutionnel : la coordination entre intervenants professionnels. En arrière-plan, apparaît également l'articulation problématique entre l'autonomie des adolescents, leur capacité à consentir aux interventions et l'usage de la contrainte. Un point particulier appelle un éclaircissement : la catégorie des adolescents difficiles sert de justification tout autant à l'enfermement qu'à des modes de traitement ambulatoires. L'usage de la contrainte est justifiée d'une part par des motifs sécuritaires et par la nécessité d'un contrôle (se plier aux lois de la société et rendre cette soumission manifeste), et de l'autre par des logiques du soin, entendu à la fois au sens de *care* et *cure* (assurer une stabilité relationnelle et la transformation de l'adolescent par un processus maturatif). Dans leurs différentes déclinaisons institutionnelles, développées depuis le début des années 2000, les organisations spécialisées pour adolescents difficiles fournissent un effort pour la transversalisation des pratiques professionnelles. Ces actions institutionnelles adoptent une définition et une délimitation de cette population qui restent constantes et signent l'ubiquité d'une catégorie clinique.

De manière contemporaine à cette extension des adolescents difficiles, les quatre secteurs traditionnels du traitement public des déviances juvéniles sont traversés par une série de mutations significatives. L'apparition du handicap psychique, le développement d'une santé mentale de l'adolescent, le virage répressif et le rationnement managériale de la justice des mineurs, la redistribution administrative de la protection de l'enfance constituent autant de reconfigurations transversales. Les nouvelles territorialisations centrées sur l'individu et organisées par des pouvoirs politiques locaux, les nouvelles cibles d'action que sont la souffrance et la vulnérabilité, la préférence donnée aux modes d'intervention courts et ambulatoires au détriment des traitements résidentiels antérieurs, la gestion des risques

individuels conduisent à un affaïssement des frontières historiques entre les secteurs judiciaire, psychiatrique, pédagogique et éducatif. Il en résulte non pas un transfert d'activité ou une requalification des modes de traitements (plus médicaux ou plus judiciaires) mais une intensification globale des traitements. En outre, le passage vers les politiques locales de la jeunesse, au profit d'un désengagement général de l'Etat, conduit à la fois à appauvrir et à affaiblir l'action publique pour la jeunesse déviante. Enfin, ces reconfigurations transversales, inscrites dans les politiques sociales de la souffrance, posent la question de l'articulation entre vulnérabilité et dangerosité, entre punitif et curatif.

Le travail qui suit explore deux directions tangentes, l'une particulière et l'autre générale. D'une part, nous investiguerons l'ubiquité politique, institutionnelle et pratique, de cette catégorie clinique spécifique et nous analyserons les ressorts intrinsèques et extrinsèques de son succès. D'autre part, nous utiliserons le cas particulier des adolescents difficiles pour une étude plus générale des modes de traitement publics contemporains des déviances juvéniles. Ces deux directions se recouperont autour de l'appréhension pragmatiste, a-sectorielle, de l'action publique pour contribuer à une anthropologie clinique de la santé mentale. L'enquête ethnographique se tiendra au plus près du trouble des professionnels au sein d'un réseau s'efforçant d'identifier et de résoudre les problèmes posés par les adolescents difficiles. La généalogie viendra compléter une seconde dimension de l'enquête en situant dans une perspective historique ce type de problématisation clinique.

Aussi, pour commencer, penchons-nous sur la « naissance » d'une clinique.

DEUXIÈME PARTIE: GÉNÉALOGIE

Introduction de la partie

Autour du cas de Vincent, se regroupent des professionnels appartenant à des institutions distinctes, dont les frontières ont été significativement remaniées au cours de la décennie précédente. Ils se réfèrent tous à un organisateur fonctionnel : la catégorie clinique des adolescents difficiles. La partie qui suit déploie une généalogie pour resituer ce cadre d'interaction actuelle dans l'antériorité des savoirs et dans les conditions sociales et politiques les ayant rendus possibles.

Dès son origine, l'émergence d'une spécialisation du savoir et le développement de pratiques psychiatriques autour de l'adolescence entretient des liens de contiguïté et de chevauchement avec la pédagogie et le droit. La criminologie sert de pont entre ces domaines, en constituant le crime en général, puis la délinquance juvénile en particulier comme l'objet d'une discipline. Le chapitre 3 décrit ces rapports de contiguïté entre disciplines et la constitution de l'« enfance anormale », à la marge de la médecine aliéniste. Appuyée par la criminologie et la pédagogie, elle constitue la catégorie antérieure sur laquelle se développe celle d'adolescents difficiles.

Dans le chapitre 4, nous nous intéresserons plus spécifiquement à cette dernière catégorie, aux acteurs qui ont contribué à son émergence, au moment de cette émergence et aux conditions de sa diffusion. Nous examinerons dans le chapitre 5 comment la notion de contenance, issue de la psychanalyse des groupes, connaît à la fois un succès et une inflexion d'usage pour devenir le cadre de référence du traitement des adolescents difficiles.

CHAPITRE 3 : DE L'ENFANCE ANORMALE AUX DISCIPLINES DE L'ADOLESCENCE

Dans le chapitre qui suit, nous allons tout d'abord présenter la constitution du socle de l'enfance anormale au cours du 19^e siècle puis nous présenterons les fondements sur lesquels se développent les disciplines de l'adolescence au cours du 20^e siècle.

1. L'idée de l'adolescence moderne : substituer la physiologie au chiffre

L'adolescence, dans son acception contemporaine, est une catégorie dont la définition s'établit au cours du 19^e siècle, à l'intersection de trois grands champs disciplinaires : la médecine, la justice et la pédagogie. Pour Jacques Arveiller (Arveiller 2010), le terme « adolescence » est utilisé dans la littérature psychiatrique et pédagogique à partir de la fin 19^e siècle, où il est emprunté à des auteurs du monde anglo-saxon. Cependant, l'adolescence figure dès la fin 18^e siècle dans des traités de médecine, qui en organisent la définition contemporaine. Depuis l'antiquité, les médecins et philosophes (puis les biologistes comme Léné) se sont attachés à différencier plusieurs âges de la vie. Deux modèles dominant jusqu'au 19^e siècle : l'un, galénique, distingue quatre âges, qui correspondent aux quatre humeurs, aux quatre éléments, etc. ; l'autre, hippocratique, s'organise en sept étapes et situe l'adolescence entre 14 et 21ans. Divisant la durée de la vie en tranches égales dites « canoniques » (sept ans, par exemple, dans le modèle hippocratique), ces modèles restent attachés à une cosmogonie dont la médecine ne se départira qu'après le vitalisme, à la fin du 18^e siècle (Roselyne Rey 1997).

A cette période, l'Ecole de médecine de Paris et en particulier Jean-Noël Hallé, produisent une rupture en substituant la physiologie au chiffre et introduisent l'idée moderne d'adolescence. L'adolescence se situe dès lors entre seconde enfance et âge adulte et se délimite, selon des critères physiologiques encore largement actuels, par le début de la puberté (au sens premier, il s'agit du développement de la pilosité) et la fin de la croissance staturo-pondérale. A compter de cette date, une pensée médicale sur l'adolescence (et

notamment sur ses maladies spécifiques) se développe. Ces théories, qui ne se traduisent pas encore par des pratiques sociales spécifiques, anticipent le « sentiment de l'adolescence »¹⁹ situé à la fin 19^e siècle. Deux sphères intéressent particulièrement cette médecine spécialisée : les pathologies ayant trait aux organes génitaux, comme l'éréthisme génital (expliquant le penchant pour la masturbation chez les adolescents) et celles liées au système cardio-pulmonaire (comme la phtisie). Il faut préciser que la médecine n'est pas seule à avancer cette définition moderne de l'adolescence. L'éréthisme génital dresse ainsi le portrait, alimenté par la littérature romanesque et philosophique²⁰, d'un jeune sujet troublé et troublant.

Si, au cours du 19^e siècle, la psychiatrie s'intéresse progressivement à l'enfance, elle négligera longtemps l'adolescence. Etudiant initialement les maladies présentes dès la naissance (idiotisme et épilepsie), la médecine aliéniste juge tout d'abord que les maladies mentales ne peuvent pas apparaître avant la puberté. Les enfants n'étant pas dotés de la raison, ils ne peuvent être aliénés (Hochmann 2013). A la suite de Philippe Pinel (1745-1826), les aliénistes ignorent alors l'adolescence, et ils considèrent qu'à partir de la puberté, les aliénés relèvent de la nosographie de l'adulte. Jusqu'aux années 1870, il n'y a donc pas de description clinique spécifique de maladie psychiatrique de l'adolescence. Cependant, au cours du 19^e siècle, trois étapes préparent une clinique de l'adolescent : la prise en considération de retentissement mental de maladies somatiques (qui, elles, font l'objet d'une clinique spécifique), la vision « régrédiente » de la maladie adulte (dont les signes sont présents dès l'adolescence), puis la description d'une clinique spécifique à cet âge. Des savoirs cliniques propres à l'adolescence se constituent alors dans la seconde moitié du 19^e siècle, sous l'influence allemande, et autour d'une maladie spécifique de la « jeunesse » : l'hébéphrénie (décrite par Karl Ludwig Kahlbaum en 1871). Sa description s'appuie sur une psychologie pubertaire très sexuée, sur fond de différences « morales » entre garçons et filles.

Malgré ces développements théoriques, aucune activité médicale ou psychiatrique propre à l'adolescence ne voit le jour au cours du 19^e siècle. C'est pourtant la période où émerge la pédiatrie comme discipline médicale autonome (Premuda 1999), avec ses traités

¹⁹ Pour plagier l'expression de Philippe Ariès (Ariès 1952)

²⁰ Chez Jean-Jacques Rousseau, par exemple, dans *Emile ou l'éducation*, publié en 1762

spécifiques (années 1820) et des hôpitaux pour enfants (dès 1802). Cependant, la puberté sert souvent de limite, au-delà de laquelle les patients (et donc les adolescents) relèvent de la médecine des adultes. La spécialisation d'une psychiatrie de l'enfant dans la pratique est, elle aussi, plus tardive, avec la séparation réglementaire des enfants et des adultes à partir des années 1830 dans les asiles. Dans les faits, cette séparation n'est quasiment pas effective à la fin du 19^e siècle (comme l'atteste l'inspection des hôpitaux par Désiré-Magloire Bourneville) et, en aucun cas, elle ne concerne les adolescents. Jusqu'à la fin du 19^e siècle, les adolescents sont donc traités dans les asiles pour adultes, où Arveiller (Arveiller 2010, p. 203) estime qu'ils représentent autour de 5% des admissions, et ils sont étudiés dans les traités généraux de psychiatrie.

Ainsi, si l'adolescence ne fait l'objet de savoirs psychiatriques spécifiques qu'à partir des années 1870, la médecine aliéniste développe très tôt des conceptions cliniques sur l'enfance anormale. Dès les années 1820, ce développement s'opère à la marge de la médecine aliéniste et de l'asile, dans la criminologie (avec la notion de folie morale) et la pédagogie spécialisée (portant sur l'idiotie en particulier). Comme nous allons le voir en suivant la thèse de Doron (Doron 2011, p. 1226), ces pratiques médico-légales et médico-pédagogiques constituent des « points de généralisation du pouvoir psychiatrique » (Foucault 1974, p. 199).

2. La criminologie et l'idiotie : deux points d'extension.

Selon Laurent Mucchielli, la criminologie se définit comme

« un domaine de savoir académique apparu à la fin du 19^e siècle, aux objets et aux frontières disciplinaires mal définis mais adossé à des pratiques institutionnelles spécifiques (la médecine légale, l'expertise judiciaire, l'enseignement du droit pénal et de la médecine). » (Mucchielli 2002a, p. 58)

Si cette définition fait apparaître de manière péjorative l'interdisciplinarité des savoirs criminologiques, elle a le mérite de souligner leur étayage sur des pratiques socialement délimitées. Dans ces conditions, la construction d'une science du crime suit deux étapes : la naissance de la psychopathie précédée par la notion de « folie morale » décrite par Pinel et les aliénistes français au milieu du 19^e siècle, puis la naissance de la criminologie autour de l'anthropologie criminelle de Cesare Lombroso dans les années 1880.

2.1. La folie morale : vers la naturalisation du crime.

Retraçant l'histoire de la psychopathie, Jacques Arveiller (Arveiller 2001) souligne l'ambiguïté originelle de la psychiatrie sur cette catégorie et sur sa nature psychopathologique. La psychopathie (terme en usage à la fin du 20^e siècle), et les catégories qui l'ont précédée depuis Pinel (la manie sans délire puis la monomanie instinctive), s'attachent avec une constance troublante²¹ à décrire un trouble mental manifesté essentiellement par des comportements « anti-sociaux », transgressant plus ou moins gravement et fréquemment les règles de vie en société. Arveiller articule cette ambiguïté originelle autour d'un paradoxe :

« Comment ranger dans la pathologie mentale ces sujets dont le comportement social semble si perturbé alors même que le champ où l'aliéniste va chercher volontiers les signes de la pathologie, la pensée, traduite par le langage dans la transaction verbale duelle est habituellement préservée ? » (*Ibid.*, p. 615)

Il s'agit ici d'un point central : la criminologie permet de développer une nosologie à partir du seul *comportement* et non plus à partir du domaine *verbal*. Bien que leur discours auprès du médecin soit normal, ces sujets peuvent faire l'objet d'une analyse séméiologique à partir de leurs seuls actes. Pour la psychiatrie du milieu du 19^e siècle, ce paradoxe entre comportemental et verbal, condensé dans l'étude de crimes extraordinaires, se décline en deux interrogations : celle de la limite entre normal et pathologique et celle de l'autonomie de la psychopathie ou de son rattachement à une catégorie pathologique plus large. Ces ambiguïtés sont illustrées par le terme de folie « morale », renvoyant aux mœurs et comportements sociaux mais également à l'esprit²² (*Ibid.*, p. 616). Arveiller ouvre sa généalogie de la psychopathie en partant de « la manie sans délire » décrite par Philippe Pinel²³ et souligne la constance historique dans la description de la psychopathie (aux variations terminologiques près) jusqu'à la fin du 20^e siècle. A partir de 1800, la définition de

²¹ La plupart des critères du trouble de personnalité antisocial utilisé par le manuel de l'Américan Psychiatric Association en 1994 (le DSM-IV) se trouvent déjà dans les définitions antérieures de la psychopathie, de la sociopathie, de la folie morale, etc.

²² Selon l'ancienne opposition entre physique et moral.

²³ Cette description remonte à l'oeuvre princeps de Pinel : Le traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie, paru en 1801.

la « manie sans délire » par Pinel repose sur une partition théorique entre fonctions « de l'entendement » (perception, mémoire, jugement), qui sont préservées chez ces malades, et fonctions « morales » ou « affectives » (affection, conduite, mœurs), qui sont lésées. Pour Arveiller, la description de Pinel procède d'une demi-folie « topique » (touchant un lieu du psychisme) par opposition à la conception anglo-saxonne « quantitative » (fixant un seuil au sein d'un continuum entre maladie et normalité). Cette partition du sujet est fondamentale dans toute l'œuvre de Pinel et dans la conception même de l'aliénation mentale, aux origines de la psychiatrie contemporaine. C'est parce qu'il ne conçoit « pas d'aliéné sans une distance, même indiscernable, à son trouble » (Swain 1977, p. 85) que Pinel peut construire ses théories sur l'aliénation et son traitement. La raison partielle, le refus de la totale déraison du fou, autorise et rend légitime ce que l'Age Classique excluait par définition : une réflexion sur l'organisation de l'aliénation mentale. Gladys Swain y voit « l'idée moderne du psychisme » (*Ibid.*, p. 120).

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) poursuit cette démarche en procédant par deux étapes, étudiées par Jacques Postel et Jan Goldstein (Postel 1998; Goldstein 1997). Dans sa première conception (datée de 1819) de la monomanie, on retrouve l'opposition entre monomanie avec délire et monomanie sans délire, cette dernière correspondant à la description faite par Pinel (pathologie sans lésion de l'entendement). Le second modèle d'Esquirol en 1838 distingue trois types de monomanies : instinctive (correspondant à la psychopathie), affective (toutes deux sans altération de l'intelligence), et intellectuelle. En 1854, ces conceptions ouvrent des débats à la Société Médico-psychologique tant sur le plan théorique (le seul symptôme de la maladie peut-elle être l'acte criminel lui-même ?) que pratique (parler des criminels comme étant des aliénés revient-il à se prononcer pour une irresponsabilité générale ?).

Certains élèves d'Esquirol (comme Etienne Georget) perpétuent cette définition de la monomanie et héritent également des ambiguïtés qui en découlent. Ils militent pour une pratique généralisée de l'expertise psychiatrique et pour l'irresponsabilité des malades mentaux. Ces ambiguïtés se cristallisent autour de cas spectaculaires de meurtres, comme celui perpétré par Henriette Cornier, qui, en 1825, décapite la petite fille de ses voisins sans raison apparente. De tels crimes, exceptionnels et incompréhensibles, ne s'accompagnent d'aucun autre signe de maladie que le geste homicide lui-même. Ces héritiers d'Esquirol tentent, par ailleurs, de faire le lien entre la description clinique de la monomanie et la

phrénologie cérébrale : ils cherchent à repérer certains territoires hypertrophiés qui correspondent à certaines fonctions affective ou instinctive. Cette « cérébralisation de la morale » (Arveiller 2001, p. 620), séparant l'acte de l'idée, procède d'une naturalisation du crime et d'une essentialisation du criminel (le criminel-né). Elle soutient la possibilité de l'irresponsabilité pénale et du recours à la psychiatrie.

D'autres successeurs, au contraire, contestent les conceptions d'Esquirol. C'est le cas de Jean-Pierre Falret (1794-1870) qui, en 1854, s'oppose à l'idée de monomanie et tout particulièrement de séparabilité de facultés mentales. Il critique surtout la catégorisation des délires selon leur thème, au profit d'une définition structurelle²⁴ du délire. Il reste opposé à l'idée britannique d'un continuum « fou/non fou ». L'école britannique s'appuie, en effet, sur une vision de la folie en continuité avec la normalité. Cette conception offre la possibilité de définir des états intermédiaires entre normalité et folie, dont les psychiatres britanniques, en particulier Henry Maudsley (1835-1918), se servent pour étudier ces actes criminels incompréhensibles. Ils définissent ainsi des « folies morales », partielles et atténuées, pouvant être prodromiques de folies totales. Les psychiatres britanniques s'appuient pour ce faire sur des conceptions ayant trait au cerveau (issues notamment de l'épileptologie et des notions de hiérarchie de régions cérébrales). A l'instar de Bénédict Morel et de sa théorie de la dégénérescence, ils se réfèrent aussi à l'évolution des espèces. Le crime est héréditaire, « la morale (est) fondée en nature » (*Ibid.*, p. 623) et sous l'effet de l'évolution de espèces, la tendance criminelle a été modulée.

Ce faisant, le crime subit un double mouvement : il devient objet de science tout en étant détaché de la pathologie (ce n'est pas une maladie mais une constitution). Pour Claude-Olivier Doron, ces pratiques médico-légales se développent à la marge de l'aliénisme et des pratiques de l'asile. Les références aux catégories de l'aliénisme (manie sans délire, monomanie) et à ses figures tutélaires (Pinel, Esquirol) servant surtout de légitimation lointaine. Tout comme les pratiques médico-pédagogiques, ces conceptions criminologiques ont été possibles à la condition suivante :

« à partir du moment où à une analytique de la représentation et à une hygiène des passions se sont substitués une dynamique des forces instinctives et un souci des

²⁴ C'est-à-dire selon l'organisation même du délire (par interprétation, imagination, etc.) et non pas son sujet (la religion, les voisins, etc.).

divers rapports de contrôle, d'inhibition, exercés par la volonté et la réflexion sur un ordre irrésistible et sans raison » (Doron 2011, p. 1226)

Ces conceptions ont eu des héritages chez Emil Kraepelin en Allemagne ou Cesare Lombroso en Italie. En France, elles sont poursuivies par Valentin Magnan et Ernest Dupré, et inspireront les premières pratiques psychiatriques spécifiques à l'adolescence.

2.2. Un débat unifié autour de « l'enfant ».

Alors qu'au début du 20^e siècle, la criminologie a développé des controverses dans ses conceptions sur l'origine et le traitement à apporter au crime, un intérêt criminologique croissant pour la délinquance des « enfants » voit le jour. En Amérique du Nord, un texte de Ernest Burgess, sociologue canadien, résume alors ces controverses (Burgess 1923). Burgess y critique les « conceptions européennes » en matière de criminologie qui, outre le fait qu'elles ne procédaient que par généralisation, avaient l'inconvénient de s'exclure mutuellement. Ainsi la « biogenèse » du criminel proposé par Cesare Lombroso s'opposait à la « sociogenèse » de Gabriel Tarde. Burgess résume les théories de Lombroso de la façon suivante : le criminel est « criminel-né », semblable au fou moral, il a une base épileptique, il s'explique par l'atavisme, et il constitue un type criminel biologique et anatomique. Burgess synthétise le positionnement de Tarde, qui réfute point par point les explications de Lombroso. Pour Tarde, qui participe d'un « paradigme individualiste en sciences humaines » (Mucchielli 2002b, p. 162), le criminel est un produit de la société et du crime (on devient criminel par « imitation » d'autrui).

Le texte de Burgess indique un point d'inflexion : au début du 20^e siècle, la criminologie se trouve paralysée par les querelles entre les tenants de l'école sociogénétique de Tarde et ceux de l'organogenèse de Lombroso. Citant le psychiatre américain William Healy, Burgess prône une méthode casuistique innovante, qui offre une « base empirique et inductive » à la criminologie et constitue, selon ses termes, une « révolution » (Burgess 2003, p. 114)²⁵ à même de faire sortir la discipline de ces antagonismes. L'objet de cette nouvelle criminologie est l'« étude du comportement » et non pas celle d'un individu ou d'une classe sociale. Ce faisant, l'intérêt criminologique se déplace du criminel adulte (dont on mesure le crâne ou dépeint les avanies morales) à « l'enfance » déviante. Dans la suite de son article, Burgess

²⁵ Le référence de pages est celle de la traduction de 2003 par la revue *Déviance et Société*.

présente une série de cas « d'enfants »²⁶, dont les âges recoupent largement la notion contemporaine d'adolescence. Il propose de croiser l'étude de la « personne » (sociologique) et de l'« individu » (psychologique) (*ibid.*, p. 117). C'est dans cette nouvelle approche criminologique et dans une inspiration constitutionnaliste héritée de Dupré que s'inscrivent, au début du 20^e siècle, les deux étapes décisives pour l'apparition d'une pratique spécifique de l'adolescence : la spécialisation psychiatrique sur l'enfance et la spécialisation judiciaire pour les mineurs. Toutes deux participent d'une « science » de l'enfance anormale.

2.3. L'idiotie et les pratiques médico-pédagogiques.

Les pratiques médico-pédagogiques constituent le second point d'extension pour les développements psychiatriques sur l'enfance anormale. Claude-Olivier Doron (Doron 2011, p. 1226-1253 ; Doron 2016) étudie en particulier le travail de Félix Voisin (1794-1872). Voisin développe dans les années 1830 une nosologie de l'enfance reposant sur la catégorie nosographique de l'idiotie (d'Esquirol). Pour Esquirol l'idiotie est distincte de la manie en ce que les fonctions de l'entendement n'ont jamais été acquises. Elle constitue donc pour lui un état ou une condition, mais pas une maladie (Doron 2011, p. 1232). Voisin apporte une modification significative à cette nosographie en passant du « cognitif au volitif » élargissant la catégorie aux altérations non seulement intellectuelles mais aussi instinctuelles (*ibid.*, p. 1235). Il en déduit une étude des écarts des comportements en société. Plus qu'une nuance, Voisin introduit une rupture, permettant la constitution du champ de l'enfance anormale et précurseur du trouble des conduites contemporain (Doron 2016, p. 1241).

La nosologie de Voisin procède d'un « humanisme fondamental », au sens philosophie des Lumières : tout homme porte en lui la forme de l'humaine condition, le malade est un *homme avant tout*.

« Sur ce point, il est d'ailleurs clair que Voisin s'oppose frontalement à Esquirol en ce qui concerne l'idiot, puisqu'Esquirol laissait entendre que l'idiot était « tout ce qu'il peut être » vu son organisation, tandis que Voisin est quant à lui convaincu qu'il n'est pas tout ce qu'il devrait être, et qu'il est possible de l'élever, en particulier certains

²⁶ Les termes originaux sont essentiellement dérivés de « child » (22 occurrences), « youth » ne figurant qu'à 3 reprises dans le texte. Il cite par exemple, « George, un garçon (*boy*) de 14 ans » dans le texte original (Burgess 1923, p. 663).

idiots qui ont « toutes les qualités chez eux en germe : il ne s'agit que de les développer » et répète une fois de plus son credo : « c'est toujours à l'homme que nous avons affaire » (Doron 2011, p. 1240-1241).

En effet, l'idiotie de Voisin, qui n'est *pas ce qu'elle devrait être* (c'est-à-dire pleinement humaine) s'oppose à celle d'Esquirol. Pour ce dernier, l'idiot *ne peut être plus* que ce qu'il est. Ainsi, Voisin ouvre un champ a priori infini de pratiques éducatives spécifiques, qui, par le couplage hôpital-école, permettent l'extension de l'aliénisme vers des pratiques médico-pédagogiques. C'est en particulier le cas dans l'établissement de Voisin à Vanves ainsi que dans la méthode d'Edouard Séguin pour le « traitement moral et l'hygiène des idiots »²⁷. Voisin fait de l'idiot une cible de traitement. En outre, cet humanisme rassemble les criminels, les aliénés et les idiots dans un *continuum de l'humanité* (ils sont tous des hommes).

Cet humanisme se réfère à une norme de ce qu'est l'homme. L'intérêt pour l'enfant s'appuie ici sur l'idée d'une prévention des évolutions vers différents penchants « anormaux » dont le crime. Les conceptions de Voisin seront ainsi reprises par Morel au sujet de la dégénérescence (*Ibid.*, p. 1241). Cette humanisme théorique, en favorisant un continuum entre les délinquants et ceux qui ne le sont pas, fédère ces entités différentes autour de la notion de dangerosité (comme le montre l'exemple sur l'expérience de détermination en aveugle de détenus pour viol faite par Voisin) (*Ibid.*, p. 1242).

En établissant la dangerosité liée à la maladie, l'humanisme de Voisin entend lutter contre l'exclusion et promouvoir l'humain :

« L'identification des anormaux est intimement liée à la volonté d'inclusion et de régénération ». (*Ibid.*, p. 1244)

Dans cette logique, l'enfance irrégulière, inadaptée aux établissements habituels, est un double point de focalisation : elle est le moment où le rétablissement peut se faire avant que les mauvaises habitudes soient prises, et c'est alors que les inflexions vers la criminalité ou la maladie s'établissent. Voisin développe un établissement « orthophrénique » en référence à l'orthopédie qui corrige les écarts avec la norme. La référence à la phrénologie est pour lui fondamentale. Cette extension de la médecine aliéniste, par hybridation avec la pédagogie,

²⁷ En référence à l'ouvrage de Séguin intitulé « Traitement moral, hygiène et éducation des idiots », publié en 1846

vers le domaine médico-pédagogique, illustre l'extension du pouvoir psychiatrique autour de la notion de dangerosité. L'idiotie fournit un exemple de cette évolution. Pour Esquirol, cet état se différencie des maladies de l'aliénation mentale, et doit être traité dans les hospices dédiés à l'incurabilité. Voisin et les médecins développant l'approche médico-pédagogique vont, au contraire, l'établir comme une entité pathologique à part entière justifiant un traitement. Leur position est reprise dans la loi de 1838 sur l'internement : les idiots peuvent relever de l'internement à l'asile s'ils sont dangereux, ils justifient alors un traitement

3. Vers des disciplines de l'adolescence (1914-1945).

Comme le souligne Doron, ces pratiques « médico-quelque chose » (médico-légales, médico-pédagogiques) ont la caractéristique commune de rassembler des techniques et des institutions différentes dans une appréhension et une transformation de la subjectivité (*Ibid.*, p. 1231). Elles soutiennent un développement de l'aliénisme en position « médiane », à la marge de différents savoirs et pratiques : les enfants idiots qui ne sont « ni fous ni malades »²⁸, les criminels qui ne sont ni responsables ni irresponsables. Cette marge sert le développement d'une étude sur les « anormaux ».

Pendant la première moitié du 20^e siècle, deux dates jalonnent l'apparition de disciplines spécialisées de la jeunesse déviante en France : la thèse sur « les enfants anormaux » soutenue en 1914 par le neuropsychiatre Georges Heuyer et l'ordonnance du 2 février 1945 relative à « l'enfance délinquante ». Ces deux dates bornent la rencontre entre la clinique psychiatrique, la justice et la pédagogie. Prenant pour socle l'enfance anormale des pratiques médico-pédagogiques et criminologiques, se constitue dès lors l'entremêlement d'une émergence disciplinaire sur la jeunesse déviante. Voici quelques éléments de cette convergence.

3.1. Une psychiatrie de l'enfance et la jeunesse.

La psychanalyse de l'enfant et la psychologie clinique connaissent des développements contemporains à ceux de la pédopsychiatrie, si bien que ces disciplines ont alors des

²⁸ Selon l'expression de Felix Voisin, dans les années 1830 : *in* L'homme animal.

définitions et des délimitations académiques et institutionnelles très poreuses, qui sont encore largement en cours de négociation au sein d'un « système des professions » (Abbott 1988). En France, la figure de Georges Heuyer (1884-1977), est liée à l'apparition d'une spécialisation de la psychiatrie sur l'enfance (Bienne 2004). Selon Annick Ohayon et Jacqueline Carroy (Ohayon, Carroy et Plas 2006, p.125-130), Heuyer tient du constitutionnalisme, avancé par Ernest Dupré au tournant des 19^e et 20^e siècles qui, de manière syncrétique, « affirme en même temps le primat de l'hérédité et l'influence du milieu social ». A cette période, comme l'analyse Sylvie Châles-Courtine :

« Les causes anatomiques et physiologiques pour expliquer la criminalité semblent s'affaiblir au profit d'hypothèses psychologiques » (Châles-Courtine 2008, p. 33).

La figure de la « nature criminelle » se modifie et l'idée d'une criminalité latente, confondant les limites entre l'homme honnête et le criminel, se développe. Ces évolutions aboutissent à la catégorie du « pervers constitutionnel », avancée par Ernest Dupré en 1912 au Congrès des Aliénistes de Tunis.

La thèse de médecine soutenue en 1914 par Heuyer est intitulée « enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers ». Comme Burgess, Heuyer participe à un intérêt criminologique nouveau pour « l'enfant » et « le jeune », termes qui recouvrent celui plus contemporain « d'adolescent ». A partir de 1925, il dirige une clinique infantile à Paris, adossée à la fois à l'hôpital des Enfants Malades, à l'hôpital Sainte Anne et à la fondation privée du Juge Henri Rollet, spécialiste de « l'enfance coupable ». S'y formeront les grands noms de la psychiatrie et de la psychanalyse infantile tels Françoise Marette-Dolto, Serge Lebovici ou Didier Anzieu. Heuyer lui-même sera membre de la Société Psychanalytique de Paris. Il entend « s'appuyer sur les statistiques pour asseoir sa légitimité et prouver son efficacité » (Ohayon, Carroy et Plas 2006, p. 128). En 1926, il étudie ainsi les enfants confiés au Patronage par les tribunaux. Heuyer critique la politique du châtiment et de l'exclusion, soutenue par la notion de perversité (par essence inamendable) de Dupré. Pour autant, dans sa thèse, il prône la séparation de anormaux et des normaux pour éviter la contagion de ces derniers. La rupture avec Dupré n'est donc pas consommée.

A l'instar de la psychologie clinique et de la psychanalyse avec qui elle entretient des liens étroits, la spécialisation psychiatrique sur l'enfant s'appuie, tout en s'en distanciant, sur les considérations très naturalisantes adoptées par la criminologie au début du 20^e siècle.

Comme l'indique Paul-Laurent Assoun, c'est également le cas de la pensée freudienne sur le crime. Selon Assoun (Assoun 2004), la psychanalyse des années 1920 hérite de cette recherche d'une « personnalité criminelle », mais elle s'engage aussi vers « une autre direction » en introduisant l'idée de « culpabilité névrotique ». Ohayon (Ohayon 2006) souligne également le rôle tenu par Daniel Lagache (1903-1972), à qui elle attribue la paternité de la psychologie clinique française. Lagache était « philosophe-médecin » et psychanalyste, membre de la Société Psychanalytique de Paris à partir 1937. Pendant le régime de Vichy, Lagache migre de Strasbourg à Clermont-Ferrand, où il pratique la psychothérapie de jeunes délinquants.

Lagache participe avec Georges Heuyer au « conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral » mis en place par le régime de Vichy à partir de 1943 (*Ibid.*, p. 11). Ils s'efforcent alors de substituer le terme générique d'« enfance inadaptée » à la polysémie antérieure (enfance déficiente, irrégulière, coupable, anormale, etc.). Ils en proposent une définition générique :

« Est inadapté un enfant ou un adolescent de moins de 21 ans que l'insuffisance de ses aptitudes ou les défauts de son caractère mettent en conflit prolongé avec la réalité et les exigences de l'entourage conforme à l'âge et au milieu social du jeune ». (*Ibid.*)

Comme le montre Christian Rossignol (Rossignol 1998), l'histoire, encore peu explorée à ce jour, de ce conseil montre que cette substitution de termes revêt différentes dimensions. Sur le plan organisationnel, elle mobilise l'enjeu de regrouper des structures peu organisées et disparates (établissements religieux privés, classes de perfectionnements sous tutelle de l'enseignement public, maisons d'éducation surveillée sous tutelle pénitentiaire, instituts médico-pédagogiques au sein des asiles d'aliénés). Sur le plan politique, elle se situe dans le contexte des rapports entre Etat français et force d'occupation allemande, partageant pour partie des pratiques eugéniques ségrégatives voire homicides destinés aux « inadaptables » et des conflits de juridiction sur la jeunesse démobilisée de l'armée en 1940. Sur le plan scientifique, elle fait explicitement référence à l'idée darwinienne de la sélection naturelle des inadaptés.

Dans sa lecture critique de la psychanalyse de l'adolescent, Pierre Marty (Marty 2006) identifie deux facteurs concourant au développement d'une psychologie des adolescents en France au début du 20^e siècle. D'une part, l'obligation et la prolongation de la scolarité

appelle l'étude quantifiée de l'intelligence et la psychométrie (développée par Alfred Binet). D'autre part, le développement d'une justice spécialisée des mineurs, fondée sur la dénonciation croissante de leur enfermement, entend substituer l'éducation et la réhabilitation sociale à la réclusion et au châtement. S'alliant aux nouvelles conceptions médicales et psychologiques, cette éducation judiciaire et ses pratiques institutionnelles nouvelles, exercées dans une liberté encadrée, sont légitimées par un corpus théorique.

3.2. La spécialisation judiciaire : enfant dangereux et en danger.

En France comme dans la plupart des pays occidentaux, le début du 20^e siècle correspond en effet à l'apparition d'une justice spécialisée des mineurs. Cette spécialisation vient au terme d'un long processus législatif de séparation du mineur des autres délinquants, processus qui suit quatre grandes étapes, résumées par Jacques Bourquin et Michel Chauvière (Bourquin et Chauvière 1998) :

1. La création des prisons d'amendement pour mineurs en 1814, séparant les mineurs des majeurs.

2. Les lois de 1850 sur l'éducation et le patronage, créant trois types d'établissements pour mineurs selon la durée de la peine²⁹. Ces établissements ne pratiquaient pas de distinctions d'âge jusqu'en 1876.

3. La loi du 22 juillet 1912 créant des juridictions répressives spécialisées pour mineurs (tribunal pour enfants) et mesures de liberté surveillée. Cette loi fixe les missions assurées plus tard par l'Education surveillée puis la Protection Judiciaire de la Jeunesse (enquête sur la situation du mineur, exercice de la liberté surveillée).

4. Les ordonnances du 2 février et du 1^{er} septembre 1945 qui font la promotion d'une justice de réhabilitation et d'éducation des mineurs au détriment de leur enfermement, et qui créent les organismes ad hoc pour en assurer l'exécution (l'Education Surveillée qui deviendra la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 1990).

Cette spécialisation judiciaire, qui se fonde sur une dénonciation croissante de l'enfermement des enfants et de « l'obéissance mécanique » (Roumajon 1989, p. 283), est

²⁹ Les établissements pénitentiaires, accueillant des mineurs au titre de la correction paternelle ou pour des peines allant jusqu'à 6 mois ; les colonies pénitentiaires pour les peines de 6 mois à 2 ans, et les colonies correctionnelles pour les peines de plus de deux ans et pour les « insoumis » et les « rebelles » des colonies pénitentiaires.

lue par Yves Roumajon³⁰ comme « un renversement d'attitude vis-à-vis de l'enfance délinquante ou abandonnée » (*Ibid.*, p. 309). Pour le législateur, il s'agit de mettre fin à l'enfermement des enfants prédominant au 19^e siècle, pratique devenue scandaleuse au début du 20^e. En 1934, la révolte des enfants du bagne de Belle-Ile initie une campagne de dénonciation de leur internement (Gardet 2002). Dès 1927, les colonies pénitentiaires héritées du 19^e siècle sont rebaptisées en « maisons d'éducation surveillée », mais les principes et les pratiques n'ayant pas changé, on dénonce alors cette « réforme de papier » (Bourquin et Robin 2007, p. 327). Trouvant ses racines sous la Troisième République³¹, cette dénonciation repose pourtant sur une vision ambivalente de l'enfance déviante, prise entre protection et prévention. D'une part, elle est l'objet d'un mouvement assistanciel et caritatif, et se voit de plus en plus protégée. Éric Pierre (Pierre 2008) considère ainsi que l'augmentation des lois et des normes administratives à la fin du 19^e siècle (sur les mauvais traitements, l'obligation scolaire ou le travail des enfants³²), délimitant un nombre toujours croissant de catégories d'enfants et de jeunes pour lesquels l'Etat doit se substituer à leur famille absente et incapable, témoigne de cette attention protectrice.

Dans le même temps, l'enfance déviante fait l'objet d'une attention sécuritaire de plus en plus marquée, qui donnera naissance à la doctrine de la défense sociale nouvelle et à l'émergence du paradigme de la dangerosité. Francine Muel (Muel 1975) souligne, quant à elle, que l'institutionnalisation et l'extension du champ de « l'enfance anormale » dans les dernières décennies du 19^e siècle témoignent d'une peur de l'enfant. Il s'agit, après les affres de la Commune, de réorganiser et d'encadrer une société menacée par la dégénérescence et par la montée de la contestation ouvrière dans des régimes démocratiques instables. La jeunesse est alors une figure du danger social. Comme l'indique Jean-Jacques Yvorel, ces ambiguïtés produisent un discours sur la jeunesse oscillant entre deux pôles :

« Un plaidoyer pour une jeunesse magnifiée (...) et la prophétie alarmiste qui décrit une jeunesse anomique ». (Yvorel 2008, p. 54)

³⁰ Il s'agit d'un psychiatre, exerçant en particulier une activité d'expertise pour les mineurs délinquants et auteur dans les années 1980 d'un travail historique sur une longue durée (8 siècles).

³¹ Dans le dernier quart du 19^e siècle, où la séparation des enfants et des adultes commence à intervenir dans les lieux d'enfermement.

³² Plusieurs législations se succèdent entre 1841 et 1889.

Prise dans ce mouvement ambivalent, entrelaçant vulnérabilité et dangerosité de la jeunesse, assistance et surveillance de la part des institutions publiques, la nouvelle orientation de la justice des mineurs vers la réhabilitation remplace l'enfermement par des mesures de réhabilitation.

3.3. L'inadaptation scolaire et la pédagogie spécialisée.

La pédagogie constitue, avec la psychiatrie et le droit, le troisième brin entrelacé de ces émergences disciplinaires durant la première moitié du 20^e siècle. L'obligation et la prolongation de la scolarité questionne le sort réservé aux inadaptés (déficient, anormaux) au sein de l'école en pleine refonte républicaine. « L'école pour tous n'est pas l'école de tous » comme l'indique Muel (Muel 1975, p. 69). Bertrand Ravon (Ravon 2000) montre comment les politiques publiques tentent de concilier les enjeux contradictoires de la promotion individuelle et de la cohésion sociale et se heurtent à l'aporie entre « la sélection des meilleurs et la promotion de tous ». Tout comme la dénonciation de l'enfermement, les problématisations successives de l'échec scolaire cristallisent la confrontation de la société démocratique à l'impossibilité de partager avec tous ses membres l'idée du progrès qui l'a construite.

Alors que la psychanalyse se lie avec l'éducation judiciaire dès 1950, c'est d'abord la psychologie expérimentale qui se saisit de ce dilemme scolaire et produit l'étude de l'intelligence et la psychométrie (développée en particulier par Alfred Binet). Comme l'indique Robert Castel, la rencontre entre psychiatrie et pédagogie autour des apprentissages scolaires se fait dans

« un dispositif monté en dérivation sur le système scolaire et non sur le système psychiatrique ». (Castel 1981, p. 57)

Il en résulte des institutions faiblement médicalisées, souvent indépendantes³³ de la psychiatrie publique et fortement adossées à l'Education Nationale (tels les internats médico-pédagogiques en 1935 puis les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques en 1945). La

³³ Ainsi, au moment de la mise en place des secteurs, la psychiatrie de l'enfant et celle de l'adulte fonctionnent dans deux systèmes quasi-déconnectés. C'est ce que tente de combler la création des « intersecteurs », qui auront du mal à trouver leur place entre les réseaux d'institutions disparates, mais également dans une théorie qui conçoit des liens étroits entre pathologie familiale et infantile.

psychanalyse s’y implante plus timidement que dans l’Education Surveillée. Contrairement à la délinquance des mineurs, ces structures associatives tombent en partie en dehors du champ des politiques publiques et relèvent bien plus du domaine privé (familial, associatif ou ecclésial). Comme le montre Castel, il faudra attendre la mise en place des secteurs de psychiatrie, à partir des années 1970, pour que ce système psychopédagogique soit plus intégré dans l’action publique et que la psychanalyse s’y développe plus nettement.

4. August Aichhorn (entre deux guerres)

En Autriche, la figure d’August Aichhorn (1878-1949) est au carrefour de ces émergences disciplinaires, clinique, pédagogique et judiciaire. Educateur en institution, directeur successif de plusieurs foyers, mais également psychanalyste en cabinet, proche d’Anna Freud, Aichhorn est, dans les années 1920, une des précurseurs de l’approche psychanalytique de la délinquance des mineurs.

4.1. Des différences linguistiques signifiantes.

En 1925, Aichhorn publie à Vienne³⁴ un ouvrage intitulé « Verwahrloste Jugend » préfacé par Sigmund Freud. La traduction anglaise paraît aux Etats-Unis (chez Viking Press à New York) en 1948 sous le titre « Wayward Youth ». En France, il n’est traduit et publié qu’en 1973 (à Toulouse par les éditions Privat), sous le titre « Jeunesse à l’abandon ». Comme nous le verrons, cette publication est concomitante du développement d’une littérature clinique sur les adolescents difficiles. Fait remarquable, ce livre, qui n’a jamais été réédité depuis, est encore parfois cité en français sous le titre de « Jeunes en souffrance » (Fainsilber 2008). Ces divergences linguistiques indiquent les différentes nuances dans l’appréhension de la déviance adolescente dans les pays occidentaux. « Verwahrloste Jugend », dont la traduction la plus littérale en français est en effet « jeunesse à l’abandon » ou « jeunesse délaissée », indique une construction empathique, de sollicitude pour l’adolescent vulnérable. L’expression de « Wayward Youth », soit le « jeune qui s’écarte du chemin », suggère une appréhension beaucoup plus normative et disciplinaire. Ces nuances sont-elles géographiques ou temporelles ? Perçoit-on la jeunesse plus volontiers comme déviante aux Etats-Unis, dans une société libérale, alors qu’on la

³⁴ Chez Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, Leipzig, Zurich.

construit comme vulnérable en France, où l'Etat social et le « welfare » sont bien plus développés ? Ou bien s'agit-il d'une inflexion historique, à la fin des années 1960, où la jeunesse déviante devient souffrante, difficile puis en grande difficulté ?

En France, c'est l'expression d'adolescent difficile, introduite par Janine Noël en 1965 (Noël et al. 1965) qui connaît une extension significative, surpassant celle de « jeunes à l'abandon ». Contrairement aux Etats-Unis, la figure d'Aichhorn reste relativement méconnue (Jeanne 2006) en France : ses autres œuvres n'ont pas été traduites et le livre « Jeunesse à l'abandon » n'a fait l'objet que d'une seule édition. Aux Etats-Unis, la formulation de « Wayward Youth » connaîtra une postérité et restera fortement liée à la figure d'Aichhorn. On la retrouve par exemple dans un article publié en 1999 dans the American Journal of Psychiatry par les psychiatres Virginia S Villani et Stephen S Sharfstein (Villani et Sharfstein 1999). Ils y dénoncent les problèmes que les évolutions managériales et les contraintes financières croissantes posent au traitement hospitalier des adolescents violents. Aichhorn y est cité à l'appui d'un propos en faveur de la tolérance et d'une compréhension du « monde intérieur » des « adolescents violents ». Comme l'indique l'anthropologue américaine Katherine Hejtmanek (Hejtmanek 2010; Hejtmanek 2014)

« Les travaux d'Aichhorn inspirent toujours les principes philosophiques d'un contrôle social teinté de philanthropie au sein d'établissements médico-sociaux (« Residential treatment center ») destinés aux jeunes délinquants aux Etats-Unis. Bien que largement reléguée dans les institutions pour la jeunesse déviante américaine, la psychanalyse sert toujours de référence dans certaines méthodes de traitement de la violence telles la « Counter Response » (*Ibid.*).

4.2. Critiquer l'éducation disciplinaire.

Au-delà de son Autriche natale, la figure d'August Aichhorn est durablement liée à l'investissement de la délinquance des mineurs par les psychiatres et psychanalystes. C'est à la veille de la Première Guerre Mondiale qu'il engage son travail et sa réflexion sur les jeunes délinquants (Houssier 2004), alliant les apports de la psychanalyse et de la pédagogie. La jeunesse fait alors l'objet d'une attention inquiète dans les sociétés occidentales. Alors que les conditions de la vie familiale et d'éducation évoluent (par exemple, avec le développement du travail salarié des femmes et l'urbanisation), des mesures d'encadrement

de la jeunesse se développent, particulièrement destiné aux classes populaires. Les sociétés d'Occident ont fortement réduit les chiffres de l'homicide au cours du 19^e siècle et les bourgeoisies ont « canalisé ou détourné la brutalité des couches laborieuses ». Ce contrôle passe alors par

« Une surveillance multiforme des adolescents, en particulier ceux d'origine prolétarienne, dont la turbulence « naturelle » inquiète vivement les gouvernants, les possédants, les gens de biens attachés à l'ordre et à la paix civique ». (Muchembled 2008, p. 327)

À Vienne, des organisations d'inspiration militaire fleurissent au début du 20^e siècle, symbole de ce mouvement d'encadrement croissant de la jeunesse populaire. Souvent organisées par d'anciens officiers, plus ou moins liées à l'Eglise catholique, elles mettent l'accent sur la discipline et l'exercice physique. Le scoutisme créé par Lord Baden-Powell en 1907 constitue une version britannique de telles organisations.

Avec August Aichhorn et d'autres figures emblématiques comme le polonais Janus Korczak³⁵, une partie des pédagogues européens s'inquiète de cette évolution autoritaire de l'éducation des jeunes et s'attache à proposer des alternatives plus « culturelles ». Dans ce contexte, une alliance se crée entre pédagogie et psychanalyse, notamment autour des questions d'éducation sexuelle, à un moment où la psychanalyse s'intéresse particulièrement à la notion de réactivation traumatique lors de la puberté. Cette alliance s'appuie également sur une orientation marxiste de certains psychanalystes, qui font schisme avec Freud et adoptent des positions très politiques, considérant l'éducation des enfants comme une oppression politique (Zaretsky 2009, p. 153-178). Sans aller aussi loin, Aichhorn s'inscrit dans un mouvement intellectuel qui dénonce la seule répression de la jeunesse. Il regrette que la société ne s'intéresse aux jeunes que lorsqu'elle en a peur, une critique qui se répand alors en Occident.

4.3. Une clinique de la déviance juvénile.

Aichhorn milite pour une justice spécialisée des mineurs et s'appuie volontiers sur l'idée que la délinquance des mineurs est une maladie, ou plus précisément une *condition psychique*

³⁵ Ces auteurs servent également de référence pour Stanislas Tomkiewicz que nous rencontrerons plus loin (Ladsous et Anker 2012).

qui se traite. Ainsi, dans « Verwahrloste Jugend », il prend position contre d'autres théoriciens de la psychanalyse (Melanie Klein notamment). Il situe la délinquance des jeunes comme résultant d'une condition particulière (la « Verwahrlostung ») et s'oppose à son rattachement au registre général des névroses. Aichhorn développe une théorie propre à la Verwahrlostung : il y est question d'échec des identifications précoces au sein du complexe d'Œdipe, d'un narcissisme défailant et d'une « délinquance latente » caractérisée par la satisfaction directe des besoins instinctuels, toujours plus grande que celle obtenue grâce à une relation objectale. Le modèle rééducatif d'Aichhorn vise à passer de la primauté du principe de plaisir à celle du principe de réalité. La société des adultes et en particulier les parents sont considérés comme responsables de la condition de « Verwahrlostung » et, ce faisant, de la délinquance des adolescents. Appuyé par ce travail théorique, Aichhorn œuvre pour des institutions éducatives organisées selon des principes psychanalytiques (comme la supervision), prônant les activités culturelles ou artistiques et bannissant la sanction par les coups.

C'est de cet héritage clinique que se revendiquent les premiers auteurs étudiant les adolescents difficiles, dont Janine Noël puis Stanislas Tomkiewicz.

5. La psychanalyse et le modèle clinique des déviances juvéniles (après 1945).

Cette évolution juridique, plus « préventive » que « punitive », coïncide de près avec la spécialisation pédopsychiatrique, où la psychanalyse de l'enfant occupe une place croissante.

5.1. Modèle clinique de la délinquance : l'acte comme symptôme curable.

En 1949, la « note préparatoire concernant l'examen psychologique, l'examen psychiatrique, l'examen médical en centre d'observation pour mineurs délinquants » rédigée par le premier directeur de l'Education Surveillée, Jean-Louis Costa (Costa 1949), illustre l'émergence du modèle clinique. Né en 1910, juriste de formation, Costa est une figure historique de l'éducation judiciaire en France. Sa participation à la résistance lui ouvre un

poste de préfet délégué de la Sarthe en août 1944 puis une nomination à la tête de la toute nouvelle administration de l'Education Surveillée en 1945, dont il est le premier directeur. Il occupe cette fonction jusqu'en 1951 puis tient diverses hautes fonctions au sein du ministère de la justice. Sur commande du Garde des Sceaux, il dirige une commission sur l'Education Surveillée en 1976, où il se positionne à nouveau contre l'incarcération des mineurs de 16 ans. Classé au sein des archives de la Protection Judiciaire de la Jeunesse dans un dossier sur « l'examen médical, psychiatrique et psychologique (1949-1962) », la note de Costa aborde successivement ces trois examens pratiqués dans des établissements nouvellement réglementés (par l'ordonnance du 25 octobre 1945) où les mineurs séjournent habituellement pour une durée de 45 jours en « observation » (*Ibid.*, p. 2). L'examen du médecin, « comparable à certains égards à celui d'une visite médicale d'incorporation », s'intéresse surtout aux aptitudes au travail du « jeune homme ». Les examens psychiatriques et psychologiques ont, quant à eux, des tâches plus intimement liées aux interventions éducatives et judiciaires. Ainsi : « le psychologue doit rendre compte du mécanisme du délit » (*Ibid.*, p. 19). La note de Costa prévoit que le psychologue « pèse son sujet » (*Ibid.*, p. 22) et pratique une « batterie » de tests. En conclusion, il se doit de répondre à

« Trois problèmes :

1. caractéristiques de la personnalité ;
2. degré de participation du sujet et du milieu au délit ;
3. appréciation de la valeur du sujet en fonction
 - a) des possibilités de réadaptation
 - b) du danger social » (*Ibid.*)

Le psychiatre dispose d'un rôle plus vague mais de prérogatives supplémentaires (il peut « exceptionnellement » demander à prolonger le séjour du mineur en centre d'observation).

« (Le psychiatre) doit dans l'esprit de l'ordonnance du 2 février 1945, envisager dans le mineur sa véritable personnalité, qui conditionne les mesures à prendre dans son intérêt » (*Ibid.*, p. 25)

La note détaille ces « mesures » :

« (Le psychiatre) signale dans sa conclusion les éléments permettant une compréhension psychiatrique et psychologique, toutes les déficiences susceptibles d'exercer une influence sur le comportement du mineur, et indique s'il y a lieu les prescriptions spéciales à l'usage des éducateurs. Il précise si le mineur relève de

méthodes pédagogiques, de méthodes spécifiquement médicales ou s'il doit être placé dans un hôpital psychiatrique. Il donne son avis sur les méthodes thérapeutiques à mettre en œuvre : traitement somatiques, psychothérapie, etc. » (*Ibid.*, p. 26-27)

La note de Costa illustre le développement d'un modèle « clinique » postulant certains déterminismes aux comportements du sujet et ouvrant à la possibilité d'un traitement conçu dans une analogie avec la cure médicale.

Portée par des psychologues et psychiatres disciples de Lagache et Heuyer, la psychanalyse propose, selon ce même modèle clinique, de conceptualiser et diriger progressivement les nouvelles pratiques de l'Education Surveillée. Pour Dominique Youf, l'ordonnance du 2 février 1945 porte cette évolution à son pinacle.

« L'ordonnance de 1945 met en place les conditions de possibilités d'un modèle thérapeutique qui se substitue au modèle pénal classique », s'attachant non plus à « punir » mais à « mettre à jour la causalité de l'acte ». (Youf 2008, p. 84)

Cette ordonnance mentionne en effet dans l'exposé de ses motifs :

Les « progrès de la science pénitentiaire » et les « conceptions nouvelles qui se sont fait jour sur le plan psychologique et pédagogique ».

Ce modèle inspiré par la clinique, où l'infraction est le « symptôme d'une situation qu'il s'agit de traiter », s'oppose au modèle « pénal classique » considérant l'acte d'un sujet « transparent à lui-même » suivant l'utilitarisme de Bentham et Beccaria (*Ibid.*, p. 86). Pour cette raison, une importance nouvelle est donnée à partir de 1945 au contexte de l'acte délinquant, et plus particulièrement à l'étude de la personnalité du mineur. Selon Youf, il s'agit

« (D')adapter aux mineurs délinquants le modèle clinique développé par Claude Bernard : examen clinique, diagnostic et traitement » (*Ibid.*, p. 84)

Ce modèle clinique est lié aux idées contemporaines de « l'Ecole de la défense sociale nouvelle » visant la réhabilitation du délinquant.

5.2. La défense sociale nouvelle et la prévention de la dangerosité.

Lancé par l'emblématique ouvrage éponyme de Marc Ancel paru en 1954 (Ancel 1954), la défense sociale nouvelle s'inscrit dans le mouvement du darwinisme social. Conçue tout à la

fois comme une réaction naturelle d'auto-conservation du corps social et comme un produit de la civilisation, la défense sociale se construit sur la notion de prévention, justifiée par un état dangereux. Comme le montre Pierre-Jérôme Delage, un tel mouvement « conservatoire » trouve des « linéaments » (Delage 2011, p. 27-29) occultés dans la Grèce et la Rome antiques, où la peine n'est pas seulement rétributive mais assure aussi une fonction préventive. Divers philosophes antiques (tels Sénèque et Platon) discutent alors une telle pluralité de fonctions de la peine. Ces mesures préventives existent déjà à l'Âge Classique : l'Europe des 17^e et 18^e siècles pratique ainsi le « grand renfermement » (Foucault 1972, p. 57), c'est-à-dire le recours massif à la réclusion dans les hôpitaux généraux. La Révolution vient infléchir cette tendance de l'Âge Classique, en introduisant la présomption d'innocence. Cependant, celle-ci ménage des exceptions (Delage 2011, p. 27) notables pour les malades mentaux (internés sans jugement, malgré l'abolition des lettres de cachet dans la loi de 1790) et les mineurs (placés en maison de correction, suivant le code pénal de 1791 puis de 1810).

La théorie d'une justice préventive est développée par Arnould Bonneville de Marsangy, dans un livre publié en 1864 où, usant d'une analogie médicale signifiante inspirée de la criminologie, il mentionne les « prodromes » du crime. Cette théorie repose en particulier sur la mesure de sûreté, qui évolue « ante delictum » (*Ibid.*, p. 33), c'est-à-dire en amont de l'infraction (alors que la peine intervient en aval). Aussi, pour Julie Alix :

« La dangerosité est au cœur du droit pénal. Elle l'a toujours été. » (Alix 2011, p. 50)

Outre des peines fondées sur la faute et sa réparation, le droit pénal du 19^e siècle avait prévu (dans la doctrine juridique mais pas encore dans les textes du Code de 1810) des mesures de sûreté fondées sur la dangerosité. C'est le cas de la relégation, utilisée à partir de 1885. Progressivement,

« (ces mesures de sûreté) neutralisantes voire éliminatrices ont été abandonnées au profit de nouvelles réponses à la dangerosité qui ont pris la forme de mesures extra-pénales de type éducatif ou curatif. » (*Ibid.*, p. 52)

C'est dans ce contexte valorisant un amendement des coupables et une lutte contre l'arbitraire, qu'à la fin du 19^e siècle s'opère un « glissement » d'une « pénalité de l'acte » à une « pénalité de l'acteur » (Châles-Courtine 2008, p. 26). Ainsi que le souligne Alix, les mineurs sont emblématiques de telles inflexions. Comme dans le cas d'autres groupes sociaux (toxicomanes, demandeurs d'asile), la dangerosité des mineurs « n'est pas une

criminalité : c'est un état » (Alix 2011, p. 78). Delage souligne que cette conception d'une justice préventive participe d'une « désespérance en l'homme » (*Ibid.*, p. 33). Contrairement à « l'humanisme fondamental » qui anime Voisin et la création de l'enfance anormale, la figure de l'incorrigible sert de contre-point à celle du sujet récupérable ou curable. Elle légitime les traitements radicaux comme la mort ou encore la relégation perpétuelle qui ne participent plus uniquement d'une logique rétributive mais sont exécutés au nom de la protection sociale. Cette notion de prévention ouvre à un droit pénal liberticide. Au sujet des mineurs, elle est au cœur des controverses sociales et politiques qui soulignent la tension entre dangerosité et vulnérabilité dans l'appréhension de la délinquance juvénile depuis la fin des années 1990.

5.3. La psychanalyse fait de la délinquance une condition psychique.

Dans la première moitié du 20^e siècle, le développement du modèle clinique des déviances juvéniles se fait par la juxtaposition d'une éducation disciplinaire et d'un discours psychiatrique dominé par la figure de Heuyer et sous-tendu par une organogenèse de la délinquance (attribuant une place prépondérante aux caractéristiques organiques et en particulier cérébrales du mineur). Cependant, à partir de 1950, la place de la psychanalyse dans ce modèle devient prépondérante. Cette même année, le congrès de criminologie tenu à Paris propose « une autre conception » de la clinique qui trouve ses sources dans la psychanalyse. La criminologie cherche désormais

« (La) causalité de la délinquance (non plus) dans un fondement organique mais dans le psychisme du délinquant ». (Youf 2008, p. 85)

Comme le résume Youf, l'acte délinquant ou criminel de l'adolescent se lit progressivement à travers un « noyau individuel d'associabilité » lié à un « conflit psychique que le jeune rejoue sur la scène sociale » et qui se comprend en lien avec l'histoire infantile « œdipienne et pré-œdipienne » (*Ibid.*).

Ainsi, dans les archives de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la retranscription d'une conférence de 1958 sur « l'examen psychiatrique et médico-psychologique des jeunes délinquants » (Bize 1958) fournit un exemple de cette évolution. Son auteur, Paul-René Bize (1901-1991) est neuropsychiatre, enseignant au conservatoire des Arts et Métiers et conseiller médical à la direction de l'Education Surveillée. Bize n'est pas reconnu comme un

“pionnier” de cette institution au même titre que Jean-Louis Costa (Jurmand 2004). Comme dans la note de Costa de 1949, le psychiatre se doit de préciser « les mesures de protection sociale et de réhabilitation qui sont à envisager » (Bize 1958, p. 1), « des renseignements relatifs à l'étape de rééducation » (*Ibid.*, p. 11) ou encore « la valeur de la personnalité, dans une perspective de dangerosité ou de récupérabilité » (*Ibid.*, p. 9).

Bize cite Lombroso et Morel comme des modèles en voie de modernisation :

« C'est à Lombroso que revient le mérite de montrer que le crime n'est pas toujours un acte libre, mais un acte pouvant être déterminé par des facteurs anthropologiques (et de distinguer) les criminels d'occasion (des) criminels aliénés voire des criminels nés ». (*Ibid.*, p. 4)

Il souligne « les progrès de la médecine mentale » et l'importance du terme « médico-psychologique ». Il estime que le psychiatre fait œuvre de « médecin somatique et de médecin psychologue » (*Ibid.*, p. 2), contestant la distinction qui organisait la note de Costa en 1949.

Dans le même temps, Bize s'attache à légitimer l'intervention du médecin face au psychologue :

« De par le caractère quasi **sacral**³⁶ de sa profession (...) le médecin peut (...) poursuivre avec l'inculpé un entretien en profondeur, approcher ses mobiles dans une perspective d'objectivité, se prononcer sur son niveau de sincérité, dépister chez lui la simulation, la sursimulation et la dissimulation ».

« Une connaissance du psychisme sans intégration somatique et partant **sans examen médical** est impensable ». (*Ibid.*, p. 3,4)

Ces propos de Bize illustrent la place croissante de la compréhension « psychologique » dans l'examen psychiatrique, la fusion des interventions médicales et psychiatriques et le problème de compétition potentielle entre psychiatre et psychologue sur ce domaine d'expertise.

Cette place prédominante de la psychanalyse à partir de 1950 reconduit la tension qui traverse cette discipline lorsque, 20 ans plus tôt, elle se développe aux Etats-Unis. Comme le décrit Elie Zaretsky (Zaretsky 2009, p. 87-121), la psychanalyse est alors prise entre critique et légitimation, entre marginalité et absorption. Elle se heurte à la fois à ces conditions

³⁶ Je souligne.

d'émergence paradoxales et à sa nature propre, qui mettent au pinacle l'autonomie individuelle tout en subordonnant l'individu à l'ordre social.

Les archives de la Protection Judiciaire de la Jeunesse fournissent un autre exemple de cette entrée de la psychanalyse tenant tout à la fois du saut au-devant de la scène et du pas de côté. Signé par deux psychologues, Elisabeth Apellaniz-Rikkers et René Apellaniz, un rapport sur l'entretien clinique daté de 1962 conteste la « discipline testologique » prônée par la note de Costa³⁷ 13 ans plus tôt (Apellaniz-Rikkers et Apellaniz 1962). Les époux Apellaniz font partie des premiers psychologues à exercer au sein de l'Education Surveillée dès la fin des années 1950 (Toscani-Merle 2004). Elisabeth Rassa Rikkers suit des formations avec Daniel Lagache dans l'immédiate après-guerre. Ces auteurs se démarquent :

« (Du) pavlovisme ou (du) béhaviorisme (...) ne pouvant aboutir qu'à des conclusions tangentielles à la réalité globale de l'homme ou factice par leur nature ». (Apellaniz-Rikkers et Apellaniz 1962, p. 14)

Ils se revendiquent d'une filiation avec la « clinique » et avec Daniel Lagache (*Ibid.*, p. 6) pour l'examen des « adolescents, garçons et filles de 14 à 19 ans » (*Ibid.*, p. 1). Ces psychologues de l'Education Surveillée affirment leur attachement à la psychanalyse :

« En ce qui nous concerne nous avons adhéré à la théorie psychanalytique de Freud et de son école ». (*Ibid.*, p. 14)

Pour autant, ils définissent des finalités de l'entretien psychologique, qui est déjà un « début de psychothérapie » (*Ibid.*, p 56), très superposables à celles prescrites par la note de 1949 :

« Le psychologue judiciaire (...) est appelé à rendre compte des motifs explicables en termes psychologiques d'un comportement inadapté (...) dont le symptôme social immédiat est le délit, et des moyens les plus propres à supprimer sa reproduction » (*Ibid.*, p 13)

Entre la note de 1949 et le rapport de 1962, une série de variations est notable : la psychanalyse remplace les tests, les adolescents des deux sexes remplacent les jeunes hommes, l'entretien (à valeur thérapeutique) remplace l'examen (à valeur expertise). Pour autant, la mission « clinique » du délit comme symptôme reste inchangée.

³⁷ Ce rapport est également classé dans le dossier « examen médical psychiatrique psychologique, 1949-62 » archivé sous ce titre par Costa.

L'ordonnance du 23 décembre 1958 sur « l'enfance en danger » vient renforcer cette place de la psychanalyse dans la justice des mineurs. Se situant dans le développement de « l'Etat providence », elle étend les compétences de l'Education surveillée à la protection des mineurs en danger. Youf souligne que, avec le renforcement de cette mission assistancielle,

« la psychanalyse devienne la référence dominante dans la prise en charge des mineurs délinquants ». (Youf 2008, p. 85)

Sans pour autant qu'ils soient eux-mêmes engagés dans une cure analytique, les professionnels intervenants auprès des mineurs délinquants ou en danger (éducateurs, juges, psychologues) trouvent désormais dans la psychanalyse leur principale source théorique, recherchant la causalité de la délinquance dans l'histoire infantile, et l'interprétant avec les concepts du transfert et du contre-transfert.

Comme le souligne Nicolas Sallée (Sallée 2009), ces différentes étapes infléchissent progressivement le discours savant sur les enfants délinquants. Alors qu'une conception pathologique avait prévalu durant la première moitié du 20^e siècle (comme ce fut le cas dans la thèse de Heuyer), une conception environnementale et sociale s'impose peu à peu, soutenue par la place croissante des psychologues et des théories psychanalytiques dans l'Education Surveillée. Dans la continuité de la pensée criminologique et à l'instar des théories d'Aichhorn, la psychanalyse de l'enfant fait de la délinquance juvénile un objet de savoirs cliniques, tout en la détachant des catégories nosographiques communes. La délinquance devient ainsi une *condition psychique*, singulière, une anomalie plus qu'une anormalité (Canguilhem 1966, p. 81). La transition se réalise ainsi d'une enfance irrégulière à rééduquer vers une adolescence souffrante à réparer et la psychanalyse fournit une légitimité au modèle assistanciel.

La notion de liberté encadrée apparaît également comme un point central de l'interaction entre psychiatrie et justice. L'orientation réhabilitative de la justice des mineurs prônée par l'ordonnance de février 1945 engendre un double rôle de la psychiatrie : trouver des outils conceptuels et pratiques pour honorer la commande judiciaire d'une éducation surveillée en milieu non contraint, et légitimer, par une validation scientifique, la possibilité de libérer un délinquant. Ces deux questions auront un avenir très différent. La seconde ouvre de fait sur l'évaluation psychiatrique de la dangerosité et la prédiction de la violence. Le texte de Burgess de 1923 aborde ouvertement le problème du conseil du juge par le psychiatre. Cette littérature a un héritage contemporain riche outre-Atlantique (O'Shaughnessy 2004). Elle

n'apparaît que plus tardivement en France. A contrario, le problème de la prise en charge des mineurs délinquants en liberté encadrée (par l'Education Surveillée) sera massivement investie par les premiers pédopsychiatres, souvent psychanalystes, en Europe continentale. L'intégration du statut de délinquant et du statut en danger (à partir de 1958) dans les missions de l'éducation judiciaire renforce la double logique de soin et de sollicitude vis-à-vis de mineurs conçus comme vulnérables.

5.4. Une définition contemporaine de l'adolescence.

Grâce son expertise sur la délinquance juvénile, la psychanalyse pénètre profondément les institutions françaises dans l'après-guerre. Elle va contribuer alors à la définition contemporaine de l'adolescence. Pourtant, comme le souligne François Marty, rien ne l'y prédispose a priori car ce n'est originellement pas tant *l'adolescence* comme période que la *puberté* comme processus qui intéresse Freud et les premiers psychanalystes (Marty 2006, p. 255). A travers l'apparition de l'amnésie de la période infantile, le développement de fantasmes spécifiques réactivant les relations œdipiennes associé à des comportements comme la masturbation (au sein de « l'onanisme »), Freud voit dans la puberté un moment fondamental de la construction psychique : à cette période critique, le sujet réorganise son rapport avec son histoire infantile. Dans l'après-guerre, c'est l'émergence du concept de santé mentale qui, s'alliant à la psychanalyse, permet sa contribution à une redéfinition plus large de l'adolescence.

Reléguant les notions plus anciennes d'« aliénation » ou de « prophylaxie des maladies psychiatriques », le concept de « santé mentale » n'apparaît explicitement que de manière très marginale dans la pensée et les écrits des aliénistes avant le 20^e siècle (Doron 2015b, p. 4). Ceux-ci sont avant tout préoccupés par la pathologie, sa description, ses étiologies et son traitement. La santé mentale n'intervient pour l'essentiel qu'en négatif, comme ce qui est le contraire de la pathologie. De manière exceptionnelle, certains ouvrages s'intéressent à « l'hygiène de l'esprit » (comme par exemple « The hygiene of the mind » de Thomas Clouston en 1906), prodiguant des conseils pour la vie quotidienne. Cependant, ces textes contiennent déjà les éléments fondamentaux de ce qui deviendra plus tard le concept de santé mentale : l'attention au dépistage et aux signes précoces des troubles, le suivi des phases de développement du sujet et en particulier l'enfance et l'adolescence, les actions de

prévention passant par l'infléchissement de facteurs divers dans la vie des sujets. Ils se démarquent cependant clairement du concept de santé mentale en ce qu'ils s'adressent aux individus et aux familles et non pas aux Etats ni au corps professionnel des psychiatres.

L'absence de définition univoque et unanime de la santé mentale est repérée très tôt (dès 1958, par la sociologue Marie Jahoda). Cependant, pour Claude-Olivier Doron, si ses limites sont floues, le contenu de la santé mentale est, quant à lui, plus déterminé. D'une part, la santé mentale prend pour unité de base les individus et le développement de leur personnalité. D'autre part, elle se formule avant tout en termes de conflits internes, la réalité externe n'étant que le « milieu » auquel l'individu doit s'adapter. Ce milieu est conçu comme un milieu « humain », les relations sont pensées comme des relations intersubjectives. Par essence, ces différentes notions sont appréhendées d'emblée sous une lumière psychodynamique et dans une perspective de prévention. Il découle de ce contenu un « double principe d'indétermination et d'illimitation » (*Ibid.*, p. 11) de la santé mentale. Rien ne permet clairement de définir a priori ce qui relève de la santé mentale mais tout est susceptible de devenir « milieu » avec lequel l'individu entre en conflit affectif.

Le contexte de l'après seconde guerre mondiale influe sur l'émergence d'un tel contenu. Les psychiatres militaires, viviers pour les psychanalystes en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis, ont alors élaboré une sélection de personnes en fonction de leurs aptitudes et en vue de la gestion de conflits et des relations de groupe. Ces éléments seront repris après-guerre dans le monde de l'entreprise avec des notions comme celle de « relations humaines ». A cette période, la santé mentale trouve des conditions de possibilités politiques particulières au sein du « monde libre ». Elle doit se tenir entre deux « ornières » (*Ibid.*, p. 8) : se démarquer du totalitarisme en valorisant la singularité (et donc le refus du conformisme dans certaines conditions) ; se prémunir du socialisme en prônant l'intégration de l'individu dans la société (écart étroit qui se trouve dans les « certaines conditions » susnommées). La santé mentale a alors participé à convertir des conflits sociaux potentiels en conflits « intra-psychiques ». La lecture du monde social se fait en termes analogiques avec la construction de la personnalité, c'est-à-dire en termes de développement. L'individu est vulnérable à ces crises de développement, sans que les changements sociaux puissent être pensés en termes de classes ou de discrimination politique. La santé mentale n'ignore pas le monde social et, de ce point de vue, « rien n'est plus faux que de présenter le monde de la « santé mentale » comme celui de l'individu autonome, isolé, sans relation avec l'Autre » (*Ibid.*, p. 12).

Cependant, elle ne considère le monde social qu'à travers le prisme des relations intersubjectives au sein d'un milieu humain. En cela, elle s'allie à la psychanalyse dont Elie Zaretsky souligne l'ambiguïté constitutionnelle : promouvoir tout à la fois la subjectivation individuelle et l'assujettissement à l'ordre social. Pour illustrer ce point, Zaretsky étudie les liens ambigus entre la psychanalyse et le fordisme dans l'Amérique des années 1920. La psychanalyse soutient alors l'idée que toute réalisation, pour être positive, se doit d'être individuelle et qu'il faut s'appuyer sur ses ressources propres pour surmonter les obstacles externes. En situant la véritable identité des individus hors du travail, la psychanalyse autorise le « tour de passe-passe » (Zaretsky 2009, p. 183) de Henry Ford, dont l'utopie vise à la fois la réalisation individuelle et la transformation de la société en usine, aliénant complètement l'individu privé dans sa vie publique de travailleur.

En France, contrairement aux pays anglo-saxons, la santé mentale reste pendant plus de 40 ans un référentiel *théorique*, et ne devient un référentiel *pratique* que dans les années 1990. Pensée en étapes, en crises relatives à certains âges de la vie, la santé mentale s'allie alors à la psychanalyse. Celle-ci fournit dès lors le cadre de pensée contemporain de l'Occident sur l'adolescence qui devient une étape fondamentale de constitution du sujet. Comme le souligne François Marty, « l'adolescence n'est plus seulement et essentiellement un âge, c'est avant tout un processus psychique qui participe au développement de l'homme » (Marty 2006, p. 255).

6. Disciplines et dispositif.

6.1. Savoirs et régulation sociale de la jeunesse.

L'apparition d'une spécialisation psychiatrique sur l'adolescence entretient donc des liens étroits avec les deux grandes évolutions juridiques contemporaines du droit des mineurs et, ce faisant, avec la pédagogie. D'une part, la limitation du travail des enfants (par les dispositifs législatifs successifs entre 1841 et 1889) puis leur obligation de scolarité inscrit l'adolescence dans un entre-deux entre enfance et âge adulte et pose la question des inadaptés aux dispositifs scolaires. D'autre part, la spécialisation de la justice pénale séparant le traitement des mineurs de celui des majeurs permet le rattachement de

l'adolescence à l'enfance. Là où le 19^e siècle renvoyait les sujets pubères chez les aliénés adultes, les « enfants » et les « jeunes » sont désormais traités ensemble par la pédopsychiatrie naissante (comme c'est le cas dans la thèse d'Heuyer). Ces deux évolutions du droit tendent toutes deux à détacher l'adolescence tant de l'enfance que de l'âge adulte. L'histoire de la délinquance des mineurs entretient des liens avec celle de « l'échec scolaire », question mobilisant science et politique (Ravon 2000). Contemporaine de l'apparition d'une justice spécialisée pour la jeunesse, la constitution de l'échec scolaire comme problème public articule des dispositifs de savoirs pédagogiques et médicaux avec des mécanismes de régulation sociale. A l'instar de l'échec scolaire, la délinquance des mineurs mobilise les enjeux contradictoires de la promotion individuelle et de la cohésion sociale, de la subjectivation et de l'assujettissement. Ces deux problèmes publics ont, depuis le début du 20^e siècle, figuré la confrontation de la société démocratique fondée sur l'idée du progrès avec ses « déclassés », ses membres condamnés à l'anomie, la ségrégation ou « l'exclusion ». Bertrand Ravon formule ainsi ces tensions :

« L' « échec scolaire » porte une interrogation essentielle sur la *société des individus* : rendre compte des infortunes des déclassés du système scolaire, n'est-ce pas dénoncer la place sociale peu reluisante d'un individu en situation d'échec tout en définissant la place normale que la société devrait conférer à chacun de ses membres ? ». (*Ibid.*, p. 31)

Une telle contradiction sous-tend aussi la dialectique entre l'enfant dangereux et l'enfant en danger. Pour la décrire, Audric Vitiello use d'une formule superposable à celle de Ravon :

« L'enfant est danger pour le monde existant qu'il menace de subvertir radicalement ; inversement, le monde est danger pour l'ouverture au possible que l'idéal moderne promeut et que l'enfant incarne » (Vitiello 2011, p. 82)

Dans l'apparition de ces différentes disciplines, pédagogiques, médicales et judiciaires, l'adolescence se voit donc construite de manière apparemment paradoxale : tantôt dangereuse, tantôt en danger. Comme l'indique Hélène Bazex et Paul Mbanzoulou :

« Les figures de la dangerosité sont indissociables des conditions d'exercice du pouvoir moderne » et accompagnent « l'émergence et la consolidation de l'Etat ». (Mbanzoulou et al. 2008, p. 16)

Jean-Jacques Yvrol étudie ces « figures de la dangerosité juvénile » : le « gamin de Paris » à la fin du 19^e siècle, « l'Apache » avant la Première Guerre Mondiale, et le « blouson noir »

des années 1950 à 1970. Yvorel et Vitiello (Vitiello 2011; Yvorel 2008) indiquent qu'aux périodes historiques de « crise » ou de tensions sociales, et en particulier de compétition entre générations pour l'accès aux richesses et aux positions de pouvoir, correspondent des périodes d'accroissement de la délinquance et des représentations alarmistes de la jeunesse. Citant les « Apaches », Robert Muchembled soutient également l'idée selon laquelle

« Lorsque les jeunes sont trop nombreux après une période de paix et de progression démographique, les tensions entre les générations s'aggravent. La violence juvénile remonte alors en force ». (Muchembled 2008, p. 36)

Muchembled inscrit le développement des disciplines de l'adolescence à cette période de la « Belle époque » dans le long mouvement historique qui a conduit, depuis le 17^e siècle, à réduire considérablement les chiffres de l'homicide dans les pays occidentaux³⁸. S'inspirant de la pensée de Norbert Elias sur le processus de civilisation, Muchembled avance que

« L'Occident inventait ainsi l'adolescence (...) comme un âge dangereux qu'il faut encadrer de très près pour éviter ses excès sanguinaires ». (*Ibid.*, p. 34)

La catégorie des « jeunes hommes célibataires appelés à renoncer à la violence » est particulièrement ciblé par ce processus visant à

« Les extraire des systèmes traditionnels (ruraux, de noblesse) fondée sur une violence rituelle, et leur inculquer les valeurs et les promesses de l'Etat de droit et de sa violence légitime ». (*Ibid.*, p 54)

Pour Muchembled, différentes instances de « mise en conformité » (*Ibid.*, p 327) comme l'armée, l'école et l'usine poursuivent l'intériorisation des mesures de contrôle telle la substitution des combats de rue au couteau par la boxe en gymnase et la pratique du self-control. Ces instances offrent aux jeunes des classes dominantes de nombreux dérivatifs de « sublimation » (*Ibid.*, p 330) dont font partie la conquête coloniale, le service armé de la patrie ou encore la compétition sportive. Ces dérivatifs seraient moins accessibles aux jeunes de milieu populaire, qui, de ce fait, seraient plus enclin à constituer un résidu récalcitrant de violents.

³⁸ Il cite les chiffres de 1 pour 100 000 habitants par an autour de 1890, contre 100 pour 100 000 au 13^e et 10 pour 100 000 au 17^e siècle.

6.2. Des deux dimensions de la « discipline » au dispositif.

Le travail de Muchembled porte à confusion : il reste ambigu sur la nature construite ou essentielle de la violence de jeunes. En outre, il mobilise des catégories floues, qui seraient permutable (adolescents, jeunes) et fait référence à une « fabrique Occidentale » impersonnelle. Enfin, s'il documente son travail sur une base empirique (les statistiques locales de l'homicide dans divers pays, qui sont disponibles sur des périodes longues), il ne fait que peu de cas des modalités d'enregistrement de ces chiffres. Pour autant, il a le mérite de souligner le double mouvement qui vise à interdire la violence et à discipliner la jeunesse. C'est dans ce double mouvement que s'articulent la pédopsychiatrie, la pédagogie et la justice. Cette articulation apparaît complexe, faite d'échange entre la définition de l'adolescence et les moyens de la traiter, et illustre la double signification du terme « discipline ». La discipline définit à la fois des savoirs formulés de manière savante (au sens de la discipline académique) et un exercice du pouvoir particulièrement organisé par le contrôle (au sens de la discipline militaire).

Dans ce double sens, ces trois disciplines, pédagogique, judiciaire et psychiatrique, s'intègrent dans un dispositif. Giorgio Agamben s'est attaché à préciser ce concept dans la pensée de Michel Foucault (Agamben 2007). Prenant l'analogie avec la notion d'« économie » dans la théologie chrétienne des premiers siècles, il définit le dispositif par trois aspects : il s'agit d'un *réseau* entre des éléments (qui peuvent être à peu près de toute nature), organisé par des relations de *savoir et pouvoir* et animé par une *visée* stratégique.

La dialectique de la subjectivation et de l'assujettissement est centrale dans cette conception :

« Foucault a ainsi montré comment, dans une société disciplinaire, les dispositifs visent, à travers une série de pratiques et de discours, de savoirs et d'exercices, à la création de corps dociles mais libres qui assument leurs identités et leur liberté de sujet dans le processus même de leur assujettissement. Le dispositif est donc, avant tout, une machine qui produit des subjectivations et c'est par quoi il est aussi une machine de gouvernement ». (*Ibid.*, p. 42)

Dans son « post-scriptum sur les sociétés de contrôle », Gilles Deleuze (Deleuze 1990) poursuit la pensée de Foucault et d'Erving Goffman. Là où Foucault (Foucault 1974) a décrit la mutation du pouvoir de souveraineté discontinu en pouvoir de discipline entre le 16^e et le 18^e siècle, et où Goffman (Goffman 1968) étudie l'exercice dépersonnalisant du pouvoir

dans les institutions totales des années 1960, Deleuze envisage la mutation du pouvoir de discipline (organisé par un « mot d'ordre », indiquant l'administration externe du pouvoir dans les grands ensembles de réclusion) vers le pouvoir de contrôle (illustré par le « mot de passe », signifiant l'intériorisation et la personnalisation du pouvoir).

La mise en réseau de ces trois disciplines et l'association de savoirs cliniques avec des régulations sociales apparaissent à la lumière généalogique. Mais, pour parler de dispositif, il faut également identifier une finalité stratégique. Dans son article sur « l'individu dangereux », Michel Foucault (Foucault 1978) décrit ainsi comment la référence à la dangerosité signe l'alliance nouvelle, au 19^e siècle, d'une médecine désormais soucieuse d'un « corps social », avec un droit pénal qui s'intéresse de plus en plus près à l'« aveu » intime des consciences. A l'instar de cette alliance, la mise en réseau de la psychiatrie, de la pédagogie et de la justice pour les enfants au début du 20^e siècle vise à traiter la dangerosité juvénile. Pour autant, ce dispositif de traitement de la dangerosité adolescente double la dialectique de l'assujettissement et de la subjectivation d'une seconde dialectique : celle du soin et du contrôle. Depuis le début du 20^e siècle, le traitement de la déviance adolescente organise progressivement l'association de deux types d'interventions. D'une part, un ensemble de traitements se situe dans le registre du contrôle et de la rectification, qui répond à la construction des adolescents comme dangereux. Si l'enfermement devient marginal dans la seconde moitié du 20^e siècle, la liberté des adolescents délinquants doit faire l'objet d'une limitation et d'une surveillance. D'autre part, la déviance des adolescents appelle un soin et une sollicitude, reposant sur leur construction comme vulnérables et en danger. En ce sens, psychiatrie, droit et pédagogie constituent donc un dispositif de traitement d'une dangerosité vulnérable.

Résumé du chapitre et transition

Dès la fin du 18^e siècle, la médecine pose une définition contemporaine de l'adolescence, substituant les savoirs médicaux (la physiologie) à une cosmogonie organisée par les chiffres. Pourtant, il faut près d'un siècle pour que des pratiques psychiatriques spécifiques à cette population se déploient. Pour se faire, elles s'appuient sur deux pôles. Le premier, criminologique, procède par une naturalisation du crime via une nosologie de symptômes instinctuels, non-verbaux. Ce point d'encrage nosologique menace sans cesse de se défaire

et le crime de se voir détacher de la pathologie. Tendue entre une sociogénèse s'opposant aux savoirs cliniques et une biogénèse qui ambitionne de les renouveler, la criminologie trouve à la fin du 19^e siècle un point d'accord autour de l'enfance et de l'étude individuelle du développement des comportements.

Le second pôle est celui de la pédagogie, où reste au milieu du 19^e siècle un interstice à habiter entre l'idiotie et la folie. En incluant les altérations instinctuelles dans l'abord clinique de l'idiotie, les pratiques médico-pédagogiques réalisent cette continuité autour de la notion d'« enfance anormale ». Procédant par un humanisme à la fois fondamental et méthodologique, postulant l'humaine condition des anormaux, ces nouvelles conceptions permettent une extension des pratiques psychiatriques hors des murs de l'asile, jusque dans les écoles. La dangerosité juvénile sert de justification à cette extension thérapeutique, promettant la prévention d'une évolution individuelle vers le crime.

C'est à partir de ces deux points d'extension du pouvoir psychiatrique, les pratiques médico-légales et médico-pédagogiques, que s'établit l'objet d'une future psychiatrie spécialisée : l'enfance anormale, fusionnant l'idiot, l'aliéné et le criminel. Dans la première moitié du 20^e siècle, cette spécialisation pédopsychiatrique se matérialise, alors que l'interdiction du travail des enfants puis l'obligation scolaire ont favorisé le développement d'une pédagogie spécialisée et alors qu'une justice spécialisée des mineurs se constitue. Ces réformes sociales sont, depuis la seconde moitié du 19^e siècle, conduites par des politiques de la jeunesse oscillant entre protection et assistance d'une part, surveillance et rectification d'autre part. Portée par des médecins et des pédagogues formés à la psychanalyse, une clinique psychanalytique de la déviance juvénile voit le jour d'abord en Europe centrale, puis aux Etats-Unis, avant de s'implanter en France après la Seconde Guerre Mondiale. Dans ce modèle clinique, remplaçant l'enfance anormale par l'enfance inadaptée, l'acte délinquant est le symptôme d'une condition curable et peut faire l'objet d'une prévention. A partir de 1945, il s'allie avec la justice des mineurs nouvellement créée et avec la défense sociale nouvelle fondée sur l'identification des déterminismes individuels et la prévention du crime. La psychanalyse prend alors une place prépondérante dans les institutions judiciaires, portée par des médecins et psychologues en marge des pratiques de l'asile psychiatrique. Elle participe à infléchir la conception des déviances juvéniles d'une cause organique individuelle à une cause environnementale et sociale, causalité dont le repérage est biographique. Cette alliance entre le savoir psychanalytique et la prévention des déviances participe non

seulement à l'organisation des institutions éducatives judiciaires mais aussi à une définition contemporaine de l'adolescence.

Héritière de l'enfance anormale puis de l'enfance inadaptée, inscrite dans ce modèle clinique des déviations juvéniles produit par la psychanalyse, la catégorie des adolescents difficiles émerge à la fin des années 1960. C'est la naissance de cette clinique que nous allons observer dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE 4 : NAISSANCE D'UNE CLINIQUE.

1. Emergence dans la littérature psychiatrique (fin des années 1960)

« Le thème des adolescents difficiles est par lui-même d'une brûlante actualité que l'on mesure notamment par l'abondante littérature et les confrontations qu'il suscite. (...) Ceci a permis de dégager certains facteurs d'incompréhension mutuelle préjudiciables à la solution des problèmes posés par les adolescents (...). Reconnaissons d'abord que les équipes de santé mentale déplorent les conditions dramatiques où il est fait généralement appel aux psychiatres. » (Misès 1977, p. 119)

« La question de la prise en charge des mineurs en grande difficulté a émergé fortement ces dernières années tant dans sa dimension éducative que soignante. (...). Leur comportement, par exemple leur violence à l'égard des autres ou d'eux-mêmes, leur capacité à déstabiliser le fonctionnement institutionnel posent des problèmes aux établissements de soins comme aux structures médico-sociales et éducatives. Ces situations provoquent chez les professionnels un sentiment d'inquiétude et d'impuissance et les amènent à se tourner vers les équipes de psychiatrie pour trouver des solutions ». (Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités 2000)

Ces deux citations indiquent toutes les deux la perception d'une actualité, voire d'une nouveauté, des adolescents difficiles et la place à la fois centrale et problématique de la psychiatrie. Elles jalonnent le mouvement que nous allons retracer : l'adolescence difficile émerge dans la littérature psychiatrique à la fin des années 1960 puis se réactualise à la fois

dans les écrits cliniques et dans les politiques publiques au début des années 2000. Classé par ordre chronologique, le corpus initial sur les adolescents difficiles (voir annexe 2) appelle en effet deux constats. D'une part, l'ensemble de ces articles est exclusivement situé dans les champs académiques de la psychologie et de la psychiatrie, alors même que la requête initiale n'incluait pas de limite disciplinaire. D'autre part, les textes se répartissent en trois périodes : d'abord une période d'émergence durant les années 1970 (1968-1977), ensuite une phase de disparition et enfin une période de réactualisation à partir de 2001.

1.1. Émergence au féminin : les adolescentes difficiles.

La catégorie de l'adolescence difficile apparaît initialement dans la littérature psychiatrique à la fin des années 1960, sous la plume de psychiatres exerçant auprès d'adolescents et d'équipes professionnelles dans les institutions d'éducation judiciaires (de l'Education Surveillée) ou sociales (de l'ASE). Daté de 1969, le premier texte du corpus initial sur l'adolescence difficile est l'œuvre du docteur Paul Le Moal (Le Moal 1969). Elève du Professeur Heuyer, Le Moal est psychiatre au centre de l'Education Surveillée de Chevilly-Larue entre 1947 et la fin des années 1970 (Blanchard 2011, n. 32). Dans cet article sur les « adolescentes très difficiles », dont le titre souligne d'emblée la différence des sexes, Le Moal discute les positions de deux autres auteurs. D'une part, il entend répondre à un article sur « l'isolement », écrit la même année par Sœur Dublanc (Dublanc 1969), une religieuse exerçant comme éducatrice dans un établissement d'hébergement pour jeunes filles (un Centre d'orientation). L'isolement fait ici référence à des pratiques plus ou moins privatives de liberté, coercitives, telles « la mise en cellule », c'est-à-dire le fait d'enfermer les adolescentes dans des chambres spécialement aménagées. Ces pratiques servent de traitement aux « crises » que peuvent présenter les adolescentes « inadaptées³⁹ ». Le Moal décrit ces pratiques dans des termes évoquant une activité dépréciée (« ingrat », « guère gratifiant » ou encore « regrettable »). Mais il déplore également que des établissements recourent à une « sélection » des adolescentes, refusant d'admettre les plus perturbatrices d'entre elles. Il estime ainsi que l'isolement est parfois une nécessité qui relève à la fois de la

³⁹ Il faut noter ici que la catégorie utilisée par sœur Dublanc est celle de « l'enfance inadaptée », héritée des années 1940. Elle précède celle d'adolescents difficiles. L'article de Dublanc est tiré de son mémoire d'éducatrice spécialisée, soutenue en 1963.

mesure punitive et de l'approche thérapeutique : en protégeant l'adolescente en crise contre son exclusion de l'établissement, l'isolement lui évite d'être « victime d'un rejet ».

D'autre part, Le Moal cite un article de Janine Noël et Michel Soulé, daté de 1965. Le Moal attribue à ces auteurs la paternité du « syndrome des « adolescentes très difficiles » ». Il définit ce syndrome ainsi :

« Il s'agit de symptômes bruyants toujours difficiles à supporter par l'entourage, qui ont en commun le pouvoir de déchaîner l'angoisse des personnes chargées de la surveillance, l'excitation des camarades et celui de provoquer un rejet massif, entraînant des mesures répressives extrêmement dommageables aux sujets qui les ont provoquées ». (Le Moal 1969, p. 475)

Le Moal se réfère ici à un texte intitulé « Les adolescentes très difficiles », paru en 1965 dans la revue *Psychiatrie de l'enfant* (Noël et al. 1965). Les auteurs de cet article, Janine Noël, Anne Wolf, Françoise Bouchard et Michel Soulé, se présentent comme « médecins de l'Aide Sociale à l'Enfance de la Seine », où ils exercent depuis 1952. A l'instar de Michel Soulé, ils sont psychiatres et psychanalystes, comme en témoigne leur citation introductive de Freud sur la « tendance antisociale et anti-culturelle ». Dans la réticulation à partir du corpus initial (voir annexe 4), cet article constitue la première occurrence de l'expression « adolescent(e)s difficiles ». Elle ne se trouve dans aucun texte antérieur, et ne cite aucune source la contenant : les auteurs sont donc les premiers à utiliser cette formule dans les publications professionnelles et académiques consultées⁴⁰. Pour introduire l'expression « adolescentes difficiles », Janine Noël et ses collaborateurs partent du texte princeps d'August Aichhorn « *Verwahrloste Jugend* ». Ils citent le titre « *Wayward Youth* », traduction anglaise de l'ouvrage d'Aichhorn qui n'est alors pas encore disponible en France.

Ils développent ensuite une description clinique des adolescentes difficiles en l'incluant d'une part dans une théorisation et une conceptualisation psychanalytique, et d'autre part, en la situant au sein d'une forme de nosographie. En effet, Noël et ses collaborateurs répartissent les adolescentes difficiles en « divers tableaux cliniques » : les « comportements dit caractériels », les « débiles » et les « troubles de la conduite, dévergondage et

⁴⁰ La recherche ne permet pas d'exclure que cette formule ait été utilisée antérieurement dans la littérature « grise » : écrits institutionnels et professionnels non publiés par exemple.

prostitution ». Comme dans toute nosographie (Hacking 2000, p. 25)⁴¹, ces auteurs donnent à chaque tableau clinique une description propre, en situent les limites et les ordonnent dans divers sous-ensembles. A l'instar de Philippe Pinel au 19^e siècle, ils construisent une nosographie sur le modèle botanique, distinguant « l'essentiel de l'ornemental » et séparant les entités pathologiques par une « méthode naturelle » (*Ibid.*, p. 146) : recueil des signes, recherche de relation entre les signes, réduction des cas complexes à des ensembles symptomatiques. Dans cet effort nosographique, la catégorie des « caractérielles » exclut les « psychopathies », dont les manifestations et la violence sont considérées comme plus pathologiques (« infiltrées de mécanismes rigides » (Le Moal 1969, p. 314)). Dans la logique de la pensée criminologique depuis la manie sans délire, Noël et ses collaborateurs développent une nosologie *comportementale*, où le domaine verbal reste en second plan. Ils la pensent comme une nosologie hors ou plus précisément *en-deçà* du verbal.

Les auteurs apportent également quelques éléments explicatifs à cette clinique, référés à des notions psychanalytiques mais sans élaboration théorique, l'article ayant surtout une forme descriptive. Ces tableaux cliniques sont essentiellement liés à la « carence affective », vécue par l'adolescente durant son enfance. Suivant cet élément de compréhension, les caractérielles se répartissent en diverses formes cliniques (celles dont « l'affectivité reste mobilisable », celles dont les « carences affectives ont été précoces », etc.). A l'instar de celle de trauma, la notion de carence fait l'objet d'une histoire ambiguë dans la psychanalyse. Elle oscille entre une conception réelle, inscrite dans la vie sociale et familiale concrète de l'individu, et une conception interne, où ne fait carence que ce qui se lie de manière singulière à l'histoire pulsionnelle du sujet. Dans l'écart entre ces deux acceptions vient se loger la suspicion (Didier Fassin et Rechtman 2007, p. 122) sur le récit des patients sur les abandons et les différents ordres de violences, affectives, physiques et sexuelles, qu'ils ont subi.

C'est de cette description clinique des caractérielles, caractérisées par leur violence et les réactions de leur entourage (Le Moal 1969, p. 313), que Le Moal tire sa citation, la constituant ainsi en une catégorie propre, le « syndrome de l'adolescente difficile ». Deux éléments sont ambigus dans cette description des caractérielles (par Noël), puis des

⁴¹ Selon Hacking, soit les maladies ont été classées selon leurs symptômes soit selon leur causes.

adolescentes difficiles (par Le Moal) : leur définition relative aux réactions de leur entourage (on décrit un objet selon des caractéristiques de son entourage) et le caractère partiellement pathologique (par opposition, par exemple, aux psychopathies qui sont des manifestations de violence nettement pathologiques). Ces deux ambiguïtés conduisent Noël et ses collaborateurs à une posture affirmée : il faut s'appuyer sur des savoirs cliniques mais ne pas psychiatriser les adolescentes difficiles. Ils soulignent le caractère inconfortable et en partie inadapté de la demande qui leur est faite par les institutions éducatives où ils travaillent : résoudre des problèmes posés par les « troubles graves du comportement » (*Ibid.*, p 314) sans que soient réunis les éléments habituels de leur pratique de psychiatres et psychanalystes, c'est-à-dire la souffrance et la demande du patient (*Ibid.*, pp 375, 376). Ils précisent que le traitement ne relève pas des soins psychiatriques habituels et critiquent « les hospitalisations que nous regrettons autant que les médecins des asiles » (*Ibid.*, p 321). Ils soulignent le risque de « psychiatriser » :

« (Les) psychiatres d'asiles, soucieux de ces jeunes filles et de la psychiatrisation qu'elles peuvent y trouver, cherchent à les remettre dans le circuit normal après traitement ». (*Ibid.*, p 316)

Par opposition au « circuit normal », la « psychiatrisation » signifie ici l'exclusion sociale, la stigmatisation et la dépendance des individus à l'asile. Cette dépendance s'explique en partie par les caractéristiques des adolescentes (elles la « trouvent » activement). Bien qu'ils mettent en garde contre de tels risques, les auteurs soulignent leur expertise clinique sur les adolescentes difficiles :

« Si (la rééducation) ne veut pas se borner, comme c'est trop souvent le cas, à n'être qu'un ensemble de mesures temporaires de protection sans retentissement durable sur les jeunes filles devenues adultes, ou un nouveau chapitre d'un malentendu entre les adolescentes et la société, elle doit s'attacher à obtenir une restauration du sentiment de valeur et un remodelage des relations objectales afin d'ouvrir la voie à des identifications nouvelles. Mais elle ne peut atteindre ce but que si elle se réoriente délibérément vers une perspective franchement médico-psychologique ». (*Ibid.*, p 385)

Noël et ses collaborateurs prônent une intervention des psychiatres qui soit autant auprès des adolescentes que des professionnels. Ils recommandent le recours aux compétences cliniques issues de la méthode psychanalytique, par exemple :

« À défaut d'une analyse personnelle toujours très utile, un soutien sous forme de groupe ». (*Ibid.*, p 386)

Enfin, Noël et ses coauteurs discutent du traitement de ces adolescentes. Ils examinent de manière critique les mesures de contrôle et de contrainte et leur caractère thérapeutique ou protecteur pour les jeunes filles. Comme dans le cas de l'isolement décrit par Le Moal et Sœur Dublanc, l'imposition d'un uniforme à l'admission est mentionnée (*Ibid.*, p 306) avec ambivalence : c'est une mesure effaçant les individualités, mais aussi les inégalités et qui participe à la discipline (dissuader des fugues, incarner une autorité).

La position de ces auteurs renvoie au concept de « juridiction professionnelle » utilisé par Andrew Abbott (Abbott 1988). A partir de la catégorie des « problèmes personnels » qui émerge aux Etats-Unis dans la seconde moitié du 19^e siècle, Abbott étudie la construction et les contestations d'un champ d'intervention légitime (la « juridiction ») entre différentes professions : neurologues, psychiatres, psychologues. La revendication est faite ici d'une compétence spécifique médico-psychologique sur le problème des adolescentes difficiles. Comme dans le cas de Félix Voisin dans les années 1830, cette position médico-quelque chose (Doron 2011, p. 1231), médicale mais pas exclusivement et pas trop, est « médiane », et offre des points d'extension au pouvoir psychiatrique, couplant l'asile et les institutions éducatives. Au sein d'un « système des professions » comme le conçoit Abbott, cette juridiction s'établit à partir de l'expertise scientifique sur les conduites des adolescentes mais également à partir d'une légitimation de l'usage de la contrainte, perçue comme problématique.

A aucun moment la différence des sexes n'est étudiée par ces premiers auteurs : le genre féminin de la catégorie « adolescentes très difficile » n'est pas questionné dans l'article et les auteurs n'expliquent pas pourquoi ils ne parlent que de filles. Ils ne précisent pas non plus si leur description clinique est propre au sexe féminin. En ce sens, la différence des sexes n'est pas abordée (les filles ne sont pas distinguées ou comparées aux garçons). Cependant, Janine Noël et ses collaborateurs précisent qu'ils exercent dans un foyer de filles, et donnent divers détails sur le fonctionnement de cet établissement. La ségrégation sexuée, qui concerne la plupart des institutions en charge de l'enfance ou l'adolescence jusque dans les années 1970, reste essentiellement implicite dans ces articles. Anne Thomazeau (Thomazeau 2007) a étudié les centres d'observation pour jeunes filles entre 1945 et 1960, partant de diverses sources documentaires (dont le texte de sœur Dublanc sur

« l'isolement »). Elle décrit ces établissements comme structurellement ségrégués. La présence de religieuses y est encore établie, faisant du centre d'observation de 1945 un « dépôt monastère » pour jeunes filles, c'est-à-dire des institutions faiblement sécularisées et professionnalisées, ségréguées selon le sexe et largement organisées par des principes théologiques. Thomazeau montre que ces institutions développent des savoirs propres, ni cliniques ni pédagogiques, adossés à des conceptions profanes. Par exemple, la violence des filles y est comprise comme ne résultant pas d'une crise d'adolescence normale. Des stratégies de prévention de la violence (activités sportives, occupation permanente par le travail, scission du collectif en petits groupes) coexistent avec des méthodes de traitement (la douche froide ou encore l'isolement décrit par sœur Dublanc, qui est effectué dans des conditions carcérales). Ces différents éléments indiquent que le tri s'effectue en amont du développement des savoirs cliniques : c'est au sein d'institutions ségréguées qu'apparaît et se traite le problème des adolescents difficiles.

Ces modalités de développement du savoir clinique, où les pratiques institutionnelles précèdent la connaissance médicale, recouvrent les analyses de Michel Foucault dans son cours au Collège de France sur le « Pouvoir psychiatrique » (Foucault 1974). Il y montre comment, au moment de la fondation des asiles et de la médecine aliéniste de Pinel, l'exercice du pouvoir précède le savoir⁴². Il faut contrôler les aliénés avant de les examiner, et ce contrôle ne passe initialement par aucune instance diagnostique ou même médicale (de type recette thérapeutique). De ce point de vue, la psychiatrie se forme sur un modèle très différent de la médecine clinique à la même période qui, entre 1800 et 1830, évacue la notion de crise, révélatrice de vérité. Lorsqu'il découvre que le médecin peut être lui-même propagateur de la maladie, Pasteur participe à cette reconfiguration, favorisant la « structure de connaissance » (*Ibid.*, p. 346) impersonnelle au détriment du « médecin producteur de vérité ». Contrairement à ce mouvement contemporain, les premiers aliénistes pratiquent, eux, le diagnostic « absolu » (*Ibid.*, 268) face à la crise, révélant et discriminant la vérité du fou et du criminel. Pour Foucault, cette primordialité du pouvoir en psychiatrie est en lien avec l'émergence du pouvoir « de discipline » (*Ibid.*, p 42), et s'oppose point par point au pouvoir de « souveraineté ».

⁴² « L'instance médicale fonctionne comme pouvoir bien avant de fonctionner comme savoir » (Foucault 1974, p. 5).

A la fin des années 1960, la définition ambiguë des « caractérielles » de Noël se voit érigée en « syndrome de l'adolescence difficile » par Le Moal. Il s'agit d'une pathologie qui n'en est pas tout à fait une, et qui appelle des réponses nécessairement cliniques mais pas exclusivement psychiatriques.

1.2. Extension et mixité (années 1970).

Durant la décennie qui suit, l'adolescence difficile connaît un certain succès. A cette période, deux évolutions se produisent : cette catégorie s'affranchit de son caractère exclusivement féminin, et elle dépasse les limites de la seule littérature psychiatrique. Plusieurs auteurs font désormais un usage mixte de l'adolescence difficile, appliquée tant aux filles qu'aux garçons. C'est le cas de Bernard Zeiller et Stanislas Tomkiewicz. Ces deux psychiatres ont collaboré à plusieurs reprises sur le thème des adolescents délinquants : dans un article de revue publié en 1973 (Zeiller, Tomkiewicz et Finder 1973) et dans un rapport de l'INSERM en 1991 (Zeiller et Lainé 1991). On retrouve également les adolescents difficiles dans les comptes-rendus d'une Journée d'étude de l'Aide Sociale à l'Enfance, tenue à Nancy en 1976, qui furent publiés dans la revue L'information psychiatrique en 1977. Dans son allocution introductive, le pédopsychiatre et professeur de psychiatrie Roger Misès juge que :

« Les problèmes posés par les adolescents difficiles (sont d'une) brûlante actualité » et regrette « les conditions dramatiques où il est fait généralement appel aux psychiatres, (...) à un moment où s'est déjà consommée la rupture brutale entre l'adolescent et les organismes de l'Aide sociale à l'enfance ». (Misès 1977, p. 119, 120)

Il cite la « crise violente » comme l'une de ces situations. Misès estime que ces phénomènes sont liés à des modifications sociales, dont un « renversement des valeurs » :

« Rappelons que des manifestations extrêmement violentes ont été souvent observées depuis une quinzaine d'années dans un contexte où l'on met en valeur la crise de mutation, les phénomènes situationnels, l'entraînement par le groupe. Ici, plutôt que des troubles avérés de la personnalité, se dessinent principalement en toile de fond des faits sociaux, culturels et économiques. Les observateurs mettent avec raison l'accent sur l'inquiétude des jeunes, leur malaise devant la mouvance de la société, la rapidité extrême des transformations, le renversement des valeurs, la

prolongation artificielle de la période d'indétermination et aussi la précarité des objectifs qu'on leur propose. » (*Ibid.*, p 123)

Dès cette même période, la catégorie des adolescents difficiles dépasse donc le champ des écrits psychiatriques et se voit utilisée dans les politiques publiques, judiciaires et sociales. Ainsi, dans les archives de l'Education Surveillée, figure un dossier intitulé « Mineurs difficiles », daté de novembre 1973 et rédigé par Georges Uzan (Uzan 1973), alors juge des enfants au Tribunal de Grande Instance de Paris. Ce rapport est destiné à une commission sur les « mineurs difficiles » ordonnée par le Garde des Sceaux, Jean Taittinger. Uzan définit le « mineur difficile » comme celui dont les « difficultés s'exacerbent » malgré les interventions de 4 types d'acteurs (la famille, le « médecin-psychiatre-psychanalyste », l'assistante sociale et l'éducateur de service privé ou public). Exception faite de cette relativité aux interventions, Uzan ne se réfère ni à des types de comportement, ni aux réactions de l'entourage, ni à la notion de carence familiale. La pénétration du savoir clinique développée par les psychiatres reste, à cette période, limitée. Cependant, ce rapport insiste sur un point important : l'usage problématique de la contrainte. Il situe l'interpellation du juge dans ces situations comme le recours à une autorité, et estime très néfaste la possibilité du « refus de l'enfant » renvoyant l'autorité judiciaire à son « inefficience » (*Ibid.*, p. 2) et véhiculant une « image encore plus dégradée de la Loi » (*Ibid.*, p 3). C'est dans ces situations qu'une mesure d'incarcération peut être décidée. Pour répondre aux problèmes posés par cette catégorie particulière de mineurs difficiles, il propose un « complexe éducatif », susceptible « d'exercer une certaine contrainte » (*Ibid.*, p 4) afin de mettre en œuvre une mesure éducative. Cette proposition ne sera finalement pas retenue par le Garde des Sceaux (Brunel 2009, p. 5), mais elle indique le point problématique sur lequel les psychiatres bâtissent, pour partie leur juridiction : l'usage de la contrainte.

Dans le même temps où elle devient mixte, l'adolescence difficile s'inscrit dans deux dimensions : d'une part, le pluriel (on parle des adolescents et pas de l'adolescence) qui participe à faire de cette catégorie une cible individuelle d'action publique, et d'autre part une vision tout à la fois inquiète (du désordre sociale) et soucieuse (du malaise des jeunes).

1.3. Stabilisation de la clinique.

Si, au cours des années 1970, l'adolescence difficile s'étend aux deux sexes et dépasse les frontières de la littérature psychiatrique, elle semble stable dans sa définition. Exclusion des dispositifs éducatifs, traitement de la violence, exercice de la contrainte, réaction des professionnels, carence familiale : ces différentes composantes structurent déjà la définition des adolescentes difficiles chez Le Moal et Noël. Les textes initiaux contiennent donc trois éléments qui, depuis la fin des années 1960 et jusqu'aux années 2000, restent constants dans la construction de l'adolescence « difficile », puis « en grande difficulté » :

1. Une définition *clinique*. Elle est appuyée sur trois points : la notions de carence affective liée à l'histoire infantile et aux défaillances familiales, une violence envers soi ou autrui survenant en dehors de toute pathologie psychiatrique et enfin des réactions caractéristiques de l'entourage. Ce dernier point apparaît paradoxal : on attribue des perturbations de l'entourage (jugées spécifiques) à l'adolescent tout en ne lui donnant aucune autre caractéristique propre et en usant régulièrement de guillemets dans sa dénomination de « difficile ».

2. Le problème de la *contrainte* exercée sur les adolescents. Bien que perçue négativement, elle est jugée nécessaire et protectrice, évitant l'exclusion des établissements éducatifs. Deux logiques s'y nouent : celles du soin et d'une forme de sollicitude (thérapeutique et éducative) d'une part et, d'autre part, celle de la rectification, de la punition et du contrôle. Cet usage de la contrainte vient traiter une cible particulière (la « crise »), répondant aux problèmes posés par la discontinuité de l'action éducative (éviter la « rupture » ou la « sélection ») et prévenant le risque d'exclusion de l'adolescent hors des institutions (« le rejet »).

3. Une *invisibilité* des caractéristiques sociales des adolescents. Dans ces premiers textes, la différence des sexes est tout aussi frappante que le silence qui la recouvre. La ségrégation sexuelle initiale semble relever du sens commun, le tri s'effectuant en amont de la constitution du savoir, dans l'organisation même des institutions. Cependant, l'apparition de la mixité reste tout aussi peu explicitée. L'adolescence difficile indique cette ligne de différenciation tout en la rendant invisible. Aucune référence n'est faite à leur origine sociale en termes de classe ou de migration.

Comme nous l'avons vu, la littérature clinique des années 2000 reprend deux aspects présents lors de l'émergence des adolescents difficiles dans les années 1970 : même

définition des signes et de l'étiologie, même dialectique du soin et de la punition matérialisée autour de l'exercice de la contrainte. Le rapprochement entre ces deux périodes soulève pourtant trois points d'écart :

1. D'une part, la nécessité de coordonner les interventions n'est pas présente dans la période initiale.
2. D'autre part, les caractéristiques sociales, de genre, de classe et d'ethnicité des adolescents apparaissent toujours aussi peu visibles.
3. Enfin, ces deux périodes sont séparées par un moment de disparition, où l'on se désintéresse des adolescents difficiles.

Ce derniers point appelle une exploration et l'inscription des catégories préexistantes (celle d'anormaux) et contemporaine (celle d'incasables) à celle des adolescents difficiles.

2. "Tom": la diffusion des adolescents difficiles (années 1970)

Au cours des années 1970, Stanislas Tomkiewicz (1925-2003) participe à la diffusion de la catégorie des adolescents difficiles. A l'instar de Janine Noël et Paul Le Moal, il est psychiatre et exerce hors de l'asile, dans des institutions d'éducation judiciaire pour adolescents.

2.1. Vulnérabilité et enfermement.

La vulnérabilité personnelle et l'expérience de l'enfermement sont deux aspects biographiques de la vie de Tomkiewicz mis en avant (par lui-même puis par ses biographes) comme étant les moteurs de son travail avec les mineurs délinquants. Né en 1925 dans une famille juive de Pologne, l'enfance de Tomkiewicz est marquée par le génocide nazi : il connaît le ghetto de Varsovie puis la déportation en camp de concentration, dont il réussit à s'échapper seul alors que les autres membres de sa famille sont exterminés. C'est dans ces conditions extrêmes qu'à la fin de la guerre il arrive en France, orphelin, dénutri et malade. Il y réside l'essentiel de sa vie, menant une carrière de psychiatre auprès d'enfants et d'adolescents qui lui vaut une certaine notoriété et le surnom de « Tom » (Ladsous et Anker 2012). Tomkiewicz met volontiers en lien son expérience concentrationnaire avec son

parcours professionnel⁴³. Comme un certain nombre de psychiatres ayant connu l'occupation nazie et la déportation, il participe à une volonté de « désaliéner » la psychiatrie (Postel, Quétel et Collectif 2009, p. 357). Il travaille initialement à l'hôpital de Saint-Alban, figure emblématique de l'ouverture de l'asile après-guerre où :

« Dans une métaphore héroïque, la libération du territoire se prolonge par la libération de l'asile » (*Ibid.*, p 356).

Tomkiewicz met également en rapport son passé d'orphelin malade recueilli en France et son choix de la psychiatrie :

« Je suis entré à la Salpêtrière comme malade, j'en suis sorti comme psychiatre » (Ladsous et Anker 2012, p. 99)

Cette référence à la vulnérabilité personnelle est un pilier dans la construction que Tomkiewicz fait de son parcours professionnel. A partir des années 1970, il exerce auprès d'adolescents délinquants dans un établissement de l'Education Surveillée ouvert en 1950 à Vitry-sur-Seine. Tomkiewicz y intervient jusqu'en 1983⁴⁴, date à laquelle le foyer cesse son activité. Son article de 1973 « à propos de 108 adolescents très difficiles » (Zeiller, Tomkiewicz et Finder 1973) fait référence à ce « foyer de semi-liberté » dirigé par Joe Finder⁴⁵. Cette publication s'intègre dans une vaste production en partie écrite mais surtout orale⁴⁶ qui fera de « Tom » une figure notoire du traitement de l'adolescence difficile (Boutereau-Tichet, Jourdain-Menninger et Lannelongue 2005)⁴⁷.

Tomkiewicz y apparaît comme un promoteur de cette catégorie clinique des adolescents difficiles. En 2002, Thierry de Lestrade et Sylvie Gilman consacrent à « l'expérience de Vitry »

⁴³ Comme lors de sa conférence de 2002 à l'association lyonnaise Santé Mentale et Communauté, retranscrite dans l'article « depuis Saint Alban jusqu'à la crise du secteur » (Chebili et Kremer-Marietti 2012).

⁴⁴ Selon le site de l'association : <http://education-acfdj.org/ACFDJ-2013/lassociation/historique/les-debuts-du-cfdj-de-vitry-la-fin-du-cfdj-de-vitry.html>, consulté le 3 décembre 2014.

⁴⁵ Sur Finder, voir l'interview : <http://education-acfdj.org/ACFDJ-2013/lassociation/les-fondateurs/joe-finder.html>, consulté le 3 décembre 2014.

⁴⁶ Une de ses biographes et ancienne collaboratrice, Michelle Anker, recense près de 800 communications (Ladsous et Anker 2012)

⁴⁷ Voir aussi le documentaire « On l'appelait Tom », de Daniel Kupferstein, 78 mn, produit par l'ACFDJ en 2011.

un film documentaire intitulé « Mémoire de Sauvageons »⁴⁸. Les réalisateurs y croisent les interviews de Finder et Tomkiewicz (« Joe et Tom ») avec des témoignages d'anciens pensionnaires et des extraits de films amateurs réalisés par les jeunes et les éducateurs. Comme l'indiquent différentes séquences d'interview de ce documentaire, ainsi que le livre collectif que Tomkiewicz et Finder publient sous le titre « la prison, c'est dehors » (Collectif 1993), le travail avec les adolescents difficiles se fonde sur une critique de l'enfermement et sur l'association de l'éducation et du soin. La « pédagogie curative » (Tomkiewicz 1986) suppose que ces deux interventions ne peuvent suffire et doivent être associées. Ce travail repose également sur une dénonciation des inégalités sociales inspirée par une vision marxiste de la société. Ces éléments sont le signe d'une réforme profonde des institutions éducatives qui se professionnalisent et se sécularisent massivement au cours des années 1960.

2.2. Des « blousons noirs » aux « sauvageons ».

Le titre ⁴⁹du documentaire, « Mémoire de Sauvageons », relève d'une forme d'anachronisme et renvoie aux conditions dans lesquelles les adolescents difficiles ont diffusé. En effet, en 2002, au moment où ce film est réalisé, l'expression « sauvageons » connaît un succès polémique qui n'est pas d'actualité dans les années 1960 et 1970. C'est en 1998 que Jean-Pierre Chevènement, alors Ministre de l'Intérieur, l'introduit dans l'espace public : il l'utilise à l'Assemblée Nationale au cours d'un débat portant sur le meurtre d'une commerçante par un adolescent de 14 ans. Ce débat parlementaire s'intègre alors dans la préoccupation publique croissante pour la délinquance des mineurs, cristallisée dans le Conseil de sécurité intérieure tenu la même année. A partir de cette période, divers projets politiques réexaminent la justice des mineurs en réponse au problème de « l'insécurité ». Le colloque intitulé « Des villes sûres pour des citoyens libres », organisé par M Chevènement les 24 et 25 octobre 1997 à Villepinte, fait figure de point de départ à cette concentration politique sur la délinquance des mineurs.

⁴⁸ Mémoire de sauvageons, 2002, Thierry de Lestrade et Sylvie Gilman, 51 min, France, Zaradoc.

⁴⁹ Retranscrit par le journal Le Monde du 11 mars 1998

Or, le documentaire « Mémoire de sauvageons » donne, quant à lui, la parole à des adultes condamnés pour délinquance pendant leur minorité dans les années 1950 et 1970. Une courte séquence d'archive, filmée par les pensionnaires autour de 1965, montre de manière ironique le stéréotype du délinquant d'alors. On y voit trois jeunes garçons vêtus de blousons de cuir noir, renverser des poubelles et vandaliser du mobilier urbain à coup de chaîne de vélo, sur un arrière-plan de maisonnettes vétustes. Comme l'indique ces images, plutôt que des sauvageons, le film retrace des mémoires de « blousons noirs », terme en usage durant les Trente Glorieuses pour désigner les mineurs délinquants (Mucchielli 2001; Muchembled 2008, p. 34). Cet anachronisme discret attire l'attention sur trois aspects du documentaire qui illustrent le climat social, culturel et économique dans lequel les adolescents difficiles se développent.

2.3. Une figure ethnicisée et territorialisée.

Premièrement, deux points sont remarquables dans le documentaire de Gilman et de Lestrade. D'une part, tous les anciens pensionnaires qui témoignent ont des patronymes issus de langues européennes (français, italien, espagnol et polonais pour l'un d'entre eux). D'autre part, les questions ethniques et migratoires sont totalement absentes, autant dans les propos des interviewés que dans les commentaires des réalisateurs. Pour ces blousons noirs, les discriminations sociales ne sont abordées que sous l'angle des inégalités de classe (l'un des ex-pensionnaires dit venir d'une famille « de prolos », « Tom » se décrit comme un « bourgeois » qui fait le « pont » entre deux classes).

Or, si elles sont absentes de l'expression de « blousons noirs », les questions ethniques et migratoires affleurent dans celle de « sauvageon ». La désignation des « bandes de blousons noirs » qualifiant la jeunesse déviante trouve son apogée entre 1957 et 1965, période coïncidant avec la guerre d'Algérie (Kokoreff 2007). Cette dénomination se positionne de manière marginale dans l'histoire coloniale de la France et ne contient aucune référence ethnique. Jean-Jacques Yvorel (Yvorel 2008, p. 60-61) rappelle l'usage politique fort complexe des « blousons noirs » au moment où la guerre d'Algérie bat son plein. Ces garçons sont-ils des jeunes travailleurs pauvres et exploités, que les communistes gagneront volontiers à leur cause ? Ou bien incarnent-ils, par leur goût pour des tenues uniformes et

les signes de virilité, les relents d'un fascisme encore récent qui servirait de « classes préparatoires » pour les opérations militaires de « pacifications » en Algérie ?

Entretenant lui aussi des liens avec la période coloniale, le terme de sauvageon fait au contraire l'objet d'une ethnicisation implicite. Après le discours contesté de Chevènement en 1998, le terme de « sauvageon » est en effet dénoncé comme stigmatisant « les jeunes de banlieue », « en souffrance » (Didier Fassin 2004, p. 14) autant du fait de leur origine populaire que de leur appartenance à des minorités ethniques (Hamad 2011). L'étymologie de ce terme renvoie à l'arboriculture (Alain Rey (ed.) 2005, p. 582) : un sauvageon est un arbre non greffé qui symboliserait, d'après Chevènement, les manquements éducatifs des parents. Pourtant, au début des années 2000, les questions raciales et migratoires affleurent dans son usage. Des « raisons ethniques » à la référence au « décalage culturel » (Geay 2003), les discours institutionnels et médiatiques véhiculent le « sens colonial obvie » (Lacadée 2006, paragr. 11) de ce mot. Il fait tout à la fois référence aux quartiers populaires stigmatisés (les « cités », lieu d'insécurité) et aux jeunes des minorités ethniques issues de l'immigration post-coloniale (les « algériens »). Cette double référence se condense dans la notion de « culture », perçue dans un registre de déclin : les sauvageons souffrent de la perte de leur culture et d'un déclin de l'autorité (Gastaut 2008, p. 44) tant sociale que familiale. L'image de la « greffe » mais également celle du « sauvageon » comme « enfant sauvage »⁵⁰, renvoient tout autant à l'enfant en manque de tutelle qu'à l'enfant « de sauvage ». S'y confondent les figures de l'« indigène » à la période coloniale et de l'immigré post-colonial « mal intégré », dont la « greffe » ne prend pas. Entre les blousons noirs et les sauvageons, une ethnicisation de la déviance juvénile s'opère au début des années 1990 (Kokoreff 2007, p. XXIV). De plus, à cette période, la « désaffiliation » sociale analysée par Robert Castel est compensée par une ré-affiliation territoriale, illustrée par les « émeutes » de l'automne 2005 (Castel 1991; Castel 2013; Bacqué et Sintomer 2001). Depuis les années 1990, l'extension de la scolarisation de masse va de pair avec l'intériorisation de la compétition scolaire et le renforcement du sentiment d'échec, alimentant les conflits entre jeunes et institutions (la police en particulier) qui prennent une place prédominante (Didier Fassin 2015). La « bande » se voit remplacée par le « quartier »,

⁵⁰ L'image est déjà utilisée à partir de 1883 par Zola dans *la Terre* puis par Roger Martin du Gard dans *Les Thibault* publiés de 1922 à 1940

induisant une territorialisation dans la construction de la déviance juvénile. Dans la description faite par Tomkiewicz et Finder du travail avec les adolescents difficiles de Vitry, ces deux processus d'ethnisation et de territorialisation sont toute à la fois sensibles et non-dits.

2.4. Une forme alternative de contrainte : « faire la gueule ».

Deuxièmement, le documentaire montre Tomkiewicz formulant une apologie de l'éducation dans un milieu non contraint (un foyer ouvert). Appuyé par les témoignages des anciens résidents et par des séquences d'archives où l'on voit les jeunes danser sur une musique en vogue, ces propos indiquent le climat culturel et moral dans lequel l'adolescence difficile se déploie : celui d'une dénonciation publique de la contrainte et de l'enfermement, trouvant son paroxysme dans les manifestations de mai 1968. Au mois de juin 1968, les Assises de l'Education Surveillée, tenues à Vaucresson, remettent en cause les gros internats jugés ségrégatifs et inefficaces (Bourquin 2007). Tom et Joe sont des promoteurs assidus et reconnus de cette dénonciation : le centre d'observation de Vitry est identifié comme un lieu alternatif où, dès les années 1950, est faite la promotion d'un traitement ouvert (Capul 2013, p. 8). Cependant, cette dénonciation infléchit le travail éducatif : Tom et Joe expliquent ainsi comment ils répondent à des actes de vandalisme des pensionnaires, en leur « faisant la gueule ». Plus question ici de l'isolement en cellule ou des autres réponses coercitives proposées (et critiquées) par sœur Dublanc pour les adolescentes difficiles⁵¹. Pour autant, Tomkiewicz insiste sur le caractère authentiquement punitif de « faire la gueule » : priver l'adolescent de tout signe d'affection ou de reconnaissance, de la part de quelqu'un qui compte pour lui, représente une épreuve vraiment douloureuse et pénible. C'est aussi l'occasion pour l'adolescent de dépasser la déception et d'expérimenter la permanence des professionnels. Tomkiewicz justifie la pertinence de cette méthode par des éléments cliniques ayant trait au transfert. « Faire la gueule » est tout à la fois un châtiment dont la douleur se mesure par la clinique, et une expérience maturative pour l'adolescent. Il ne s'agit ici pas d'un châtiment prenant le corps comme support, mais d'une punition intérieure, subjective et conditionnée par l'existence d'une relation de soin. L'exercice du

⁵¹ Au début, ils arrêtent de faire des bêtises pour faire plaisir aux adultes, puis pour eux-mêmes, explique « Tom » dans le documentaire.

pouvoir ne passe plus par l'imposition d'une discipline universelle incarnée par l'enfermement. Au contraire, « faire la gueule suggère » l'imposition d'un auto-contrôle personnalisé et subjectif.

Enfin, il faut remarquer que Tomkiewicz mentionne la présence d'éducateurs musclés, ce qui laisse supposer l'existence de pratique de coercition physique peu explicitées et qui ne font pas, alors, l'objet d'une justification. Dans cette remarque, le rapport avec le corps est également marqué par un implicite dans le récit de la vie à Vitry. Si cet établissement est laïc et professionnalisé contrairement aux institutions de Sœur Dublanc ou de Janine Noël, la mixité n'y est pas effective. Le documentaire montre, sans en parler, un univers exclusivement masculin : d'un côté d'anciens garçons délinquants, de l'autre, les deux figures charismatiques masculines de Tom et Joe. La seule explicitation de cette homogénéité sexuée intervient dans les propos d'un ancien pensionnaire, qui rapporte sa crainte de tomber sur « une pédale » lors de sa première rencontre avec un Joe Finder particulièrement doux et prévenant qui lui demande ce qui l'intéresse.

2.5. De l'emploi à la subjectivité.

Enfin, dans « Mémoire de sauvages », des films d'époque montrent les adolescents apprenant des métiers de l'artisanat, ou encore discutant de leur scolarité au lycée. A la fin du documentaire, les anciens pensionnaires sont présentés avec une mention de leurs dates de séjour à Vitry et de leur activité professionnelle ultérieure. Au cours d'un des témoignages, la réalisatrice suggère à l'un d'entre eux que son activité professionnelle est le signe d'une réussite, tant pour lui que pour le foyer. L'ancien pensionnaire lui répond de manière ironique : « je paye des impôts, quoi ». Ces diverses séquences du documentaire illustrent l'importance de l'activité professionnelle comme objectif du travail éducatif auprès des adolescents.

Jusqu'à la fin des années 1960, la France des « Trente Glorieuses » connaît une forte croissance économique et une période de plein emploi. L'accès à un emploi salarié représente un moyen privilégié d'inscription sociale et de réhabilitation de la jeunesse déviante. De 1945 à 1970, l'Education Surveillée oriente largement ses prises en charge éducatives sur l'intégration du marché du travail (Jurmand 2007, p. 28). C'est pourquoi la « note préparatoire » rédigée par Costa en 1949 compare l'examen médical des jeunes

délinquant à la « visite d'incorporation ». Le médecin doit alors « formuler des conclusions en vue du placement et de l'orientation professionnelle » (Costa 1949, p. 5). Outre le « stade pubéral », il évalue « l'aptitude au travail » sur une cote de 0 (inaptitude complète) à 4 (« surnormaux⁵²»). Une « codification terminale » résume l'examen médical par « un symbole » allant de I (« sujet très robuste indemne de toute tare ») à VII (« malade à hospitaliser ») (*Ibid.*, p. 12).

Jusque dans les années 1970, les attributs de l'intégration sont ceux de l'hégémonie du salariat : « payer ses impôts », « être apte » (Muniglia, Rothé et Thalineau 2012). Dans ce modèle « protectionniste » de l'action publique, la dénonciation de l'enfermement des jeunes délinquants et leur réhabilitation par le travail se rejoignent tant sur le plan moral, l'enfermement étant rémanent des régimes totalitaires, que sur le plan économique, la jeunesse représentant une force dans une période de plein emploi (Bourgoin 2014). Pourtant, au cours des années 1970, cette place de l'emploi salarié dans les objectifs du travail éducatif se voit remise en question. La France connaît alors une série de crises économiques et financières, l'apparition du chômage de masse touche de plein fouet les jeunes entrant sur le marché du travail (Bailleau 2002, p. 465). Dès lors, l'accès à un emploi ne peut plus représenter un objectif principal de l'action éducative. C'est alors que la pédagogie « curative » se développe à Vitry. Ces évolutions sont au cœur d'une dispute filmée dans le documentaire : l'un des pensionnaires, lycéen, défend le besoin de « prendre du temps » pour lui et de « faire un travail » en psychothérapie, face à d'autres qui l'accusent de ne pas se lever le matin pour aller au travail. Les adolescents ne sont plus uniquement appelés à s'intégrer par un assujettissement incarné par le travail « à la chaîne ». L'interpellation subjective (« qu'est-ce qui t'intéresse »?) qui trouble tant le pensionnaire reçu par Finder, la place de l'autonomie (« tu peux choisir de rester ») et le travail sur soi viennent moduler ces normes antérieures de réhabilitation. Ce ne sont pas uniquement l'accès à l'emploi et la résolution du « comportement antisocial » qui sont gage de la réussite éducative, mais la « stabilité des relations affectives et sexuelles », « l'équilibre psychologique » et « l'épanouissement de la personnalité » (Zeiller, Tomkiewicz et Finder 1973, p. 55). Dans le travail de Tomkiewicz et Finder, le bien-être et l'expression subjective conteste le pinacle de la réussite éducative tenu par le salariat en déclin.

⁵² Les guillemets sont de l'auteur.

Ainsi, l'adolescence difficile s'étend à partir la fin des années 1960, en dehors de l'asile psychiatrique et à la marge de ses savoirs, alors qu'un nouveau rapport à la contrainte s'organise, dans un lien indissociable avec le soin. Cette émergence se situe à un moment où la société française est confrontée à la transition vers une période post-coloniale et alors que les décennies suivantes connaîtrons un phénomène d'ethnisation et de territorialisation de la déviance juvénile. Des processus de ségrégation sexuée sont également à l'œuvre dans la production d'une catégorie homogène, masculine, de déviance juvénile. Enfin, cette période voit une déstabilisation de l'organisation économique, qui limite la réhabilitation sociale dans l'accomplissement de son principal objectif : l'accès au monde du travail salarié. C'est alors que la référence à la santé psychique se développe comme critère de réussite éducative.

3. Une niche écologique

La catégorie clinique des adolescents difficiles, telle qu'elle est définie par Janine Noël et Paul Le Moal puis reprise 30 ans plus tard par Michel Botbol, Sophie Dumay et Roland Coenen, pose la question de la construction d'un savoir (en l'occurrence psychiatrique) et des liens qu'il entretient avec son contexte social, politique et culturel et avec la réalité qu'il entend décrire. Ian Hacking a largement traité ces questions dans ses études (Hacking 2008 ; Hacking 2002) sur les « maladies mentales transitoires » (les personnalités multiples, les fugues pathologiques), qui apparaissent à un moment (historique) et dans un lieu (géographique, culturel) donné, puis disparaissent et parfois réapparaissent sous une forme un peu altérée.

3.1. Une entité essentielle ou construite ?

En philosophe, Hacking part de la question du « vrai », pour n'avoir de cesse de s'en décaler : « Ces maladie sont-elles vraies ? ». Son approche analytique sert de point de départ utile aux recherche ethnographiques : les catégories nosographiques décrivent-elles des « espèces

naturelles »⁵³ (Rhodes 2004, p. 178) indépendantes de tout contexte culturel et historique? Ou bien sont-elles des constructions sociales et intellectuelles n'entretenant que des liens lointains avec l'essence des objets qu'elles prétendent décrire ? A cette opposition entre réalité et construction, Hacking préfère répondre : « qu'est-ce qu'une construction ? ». Dans son ouvrage éponyme (« La construction sociale de quoi ? »), Hacking rapporte l'essence d'un objet à l'inévitable :

« L'essentialisme n'est rien d'autre que la version la plus forte de l'inévitabilité ». (Hacking 2008, p. 34)

Selon cette conception, par exemple, si l'appartenance d'une personne à une race constitue un élément essentiel de son être, alors elle ne peut être évitée. Hacking propose également de considérer les liens dynamiques qui peuvent exister entre les catégories et les objets que l'on y place, nuanciant ainsi l'opposition « essence-construction ». Il introduit ainsi la distinction entre « genre indifférent » et « genre interactif ». Alors que les premiers ne réagissent pas au fait d'être classifiés (comme, par exemple, les particules élémentaires en physique quantique), les seconds interagissent par un effet de « bio feedback » ou « boucle classificatoire » (*Ibid.*, p. 153) avec leur classification. Hacking souligne l'aspect social et inconscient de cet effet de boucle classificatoire :

« Par interaction, je n'implique pas seulement la réaction consciente d'elle-même d'un seul individu à la manière dont il est classifié. J'implique les conséquences d'une telle classification à toute la classe des individus (...) et aux autres personnes avec lesquelles ils sont intimement liés. » (*Ibid.*, p. 160)

De façon synthétique, Hacking attribue les genres indifférents aux sciences naturelles et les genres interactifs aux sciences humaines et sociales. Il s'intéresse aux maladies mentales en tant qu'elles peuvent être l'objet de débats quant à leur statut, pouvant être considérées à la fois comme genre indifférent et interactif.

La conception des adolescents difficiles développée depuis les années 1970 relève tout à fait de cette ambiguïté profonde. Il est remarquable que, pour les auteurs qui en font la promotion, cette dialectique critique (entre essence et construction) est intégrée : ils n'ont cessé de mettre entre guillemets l'expression adolescent « difficile » tout en s'efforçant de définir cette catégorie propre, de la situer vis-à-vis d'autres catégories et d'en trouver les

⁵³ « a *natural taxon* (that) can be found in any place at any time »

causes. Pour différentes raisons, les adolescents difficiles sont conçus de manière ambiguë, tantôt comme entité construite, tantôt comme entité essentielle. D'une part, ils se définissent relativement aux réactions des professionnels. D'autre part, ils ont des caractéristiques propres mais, pour autant, celles-ci peuvent être évitées. Ces caractéristiques trouvent leurs causes dans la « carence » vécue par le sujet dans son enfance mais également dans « l'exclusion » actuelle des institutions pour adolescents. Une telle exclusion, ainsi que la désignation stigmatisante par le terme « difficile », répètent de manière contre-transférentielle leur histoire de carence infantile. C'est pourquoi les adolescents difficiles sont susceptibles de se « psychiatriser » et de ne plus pouvoir quitter l'asile.

3.2. Niche et tropisme d'un savoir clinique.

Hacking a également étudié les liens entre développement d'un savoir (nosographique) et contexte socio-historique. Dans « Les fous voyageurs » (Hacking 2002), il s'intéresse en détail au cas de la fugue comme diagnostic médical à la fin du 19^e siècle⁵⁴. Il développe la notion de « niche écologique », terme métaphorique décrivant les conditions dans lesquelles une catégorie diagnostique se développe puis s'éteint. Dans le cas de la fugue, il identifie quatre principaux « vecteurs » (*Ibid.*, p. 179, 180-192) de cette niche écologique : la taxinomie médicale, l'observabilité, la polarité culturelle, le désir d'évasion. Il les détaille de la manière suivante :

- La *taxinomie médicale*. La fugue entre dans le système classificatoire en cours, sans le déstabiliser mais au contraire en participant à ses débats. Les médecins en discutent alors la nature épileptique ou hystérique, ce qui rend la fugue digne d'intérêt.
- La *polarité culturelle*. La fugue est tendue entre tourisme romantique (vertueux) et vagabondage criminel (vicieux).
- L'*observabilité*. Un système de détection des mouvements des individus (notamment des jeunes hommes, susceptibles d'être des déserteurs) est en place dans les pays où la fugue a été le plus étudiée (comme en France). Hacking précise que « pour qu'une forme de comportement soit considérée comme un trouble mental, il faut qu'elle soit étrange, perturbante et remarquée » (*Ibid.*, p. 182).

⁵⁴ Entre 1887 et 1910.

◦ *L'évasion*. La fugue ne concerne qu'une classe particulière d'individus : « les hommes pourvus d'un travail stable et d'un certain degré d'indépendance ». Il s'agit pour l'essentiel des travailleurs pauvres ou de classe moyenne, citadins, employés, le plus souvent mariés et retenus par des charges domestiques. La fugue pathologique ne concerne en aucun cas des clochards. Aussi, pour ces individus, « la fugue était un espace dans lequel des hommes déviants, ayant une liberté à portée de main et pourtant enfermés, pouvaient s'échapper » (*Ibid.*, p. 182). C'est-à-dire que la figure médicale de la fugue permet de résoudre un dilemme entre responsabilité et indépendance.

Pour illustrer ce concept de niche écologique, Hacking s'aide d'une comparaison entre la France, où le trouble s'est développé, et la Grande-Bretagne et l'Amérique, où il n'a connu qu'un succès très limité. Ces derniers pays n'avaient ni vecteur d'observabilité ni polarité culturelle pour la fugue. Leurs législations, différentes de l'Europe continentale, étaient moins rigoureuses sur le contrôle des migrations internes et, comme l'indique l'expression « Go west Young man », la conquête du territoire effaçait les figures du vagabond (qui n'était pas encore un problème) et du touriste (qui n'existait presque pas) en Amérique du Nord.

Les conceptions de Ian Hacking peuvent être complétées par celle de Jérôme Goffette (Goffette 2006), philosophe des sciences. En s'intéressant à un secteur particulier de l'activité médicale, les « anthropotechnies »⁵⁵ ou « techniques d'amélioration de l'humain », Goffette analyse les conditions de possibilité d'une pratique et d'un savoir. Il propose le concept de « tropisme », redéfinissant un objet, des normes et un but. Dans le cas de l'anthropotechnie, l'objet reste le corps mais les normes sont celles de l'ordinaire et de l'amélioré (et non plus du normal et du pathologique) et le recadrage éthique passe par une prise en compte de la souffrance existentielle (et non plus de la souffrance pathologique). Ces pratiques n'ont pu émerger que lorsqu'une « utopie non médicale » du bien-être a supplanté la distinction entre normal et pathologique.

⁵⁵ Il s'agit des pratiques médicales atypiques, ne répondant pas au modèle du traitement d'une pathologie : procréation-contraception, amélioration des performances psychiques et physiques, chirurgie esthétique

3.3. Les vecteurs incertains des adolescents difficiles.

Ces analyses appellent plusieurs remarques sur la catégorie des adolescents difficiles et sa niche écologique.

- Son intégration dans la *taxinomie* médicale est ambiguë. En tant que catégorie, elle s'intègre initialement dans un système nosographique. Dans son article originel, Janine Noël a une attention particulière pour situer les adolescentes difficiles parmi les catégories déjà existantes. Avant elle, August Aichhorn fait le même effort au sujet de la *Verwahrlostung*, qu'il situe par rapport aux travaux antérieurs de Melanie Klein sur les névroses. Cet effort est moins présent dans les articles des années 2000, à une période où la nosographie psychiatrique est dominée par les approches critériologiques du Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) ou de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Progressivement, les cliniciens des adolescents difficiles semblent peu à peu oublier les catégories nosologiques contemporaines, affirmant que ce trouble d'une double nature ne rentre dans aucune *pathologie* existante. Ce dernier point est cependant complexe : tous les comportements décrits à leur sujet (violence, fugue, sexualité à risque, transgression), de même que l'absence de maladie psychotique (pas d'hallucination ni de délire) et les effets sociaux de ces comportements (exclusion) constituent en tout point la définition critériologique du « trouble des conduites » dans les classifications de la psychiatrie internationale (DSM-IV, CIM-10). Or, aucune référence n'est faite à cette entité nosographique dans les conceptions cliniques, francophones et inspirées de la psychanalyse, qui organisent cette catégorie. Certes, il est connu que la réception de ces classifications critériologiques en France au cours des années 2000 est très polémique (Gansel 2006), tout particulièrement pour le trouble des conduites (Le Collectif pas de 0 de conduite (ed.) 2006). Il existe cependant d'autres dimensions, qui restent à explorer à cet affaïssement de l'effort taxinomique. Les adolescents difficiles ne se situent pas entre normal et pathologie, mais dans le large spectre de la souffrance et du *trouble*. La référence prédominante à la psychanalyse donne ici une dimension supplémentaire au « trouble » (*disorder*) décrit par les classifications critériologiques : à travers la notion de transfert et de réactualisation du vécu infantile, la catégorie des adolescents difficile peut tenir une position en suspens entre entité construite ou essentielle. En outre, en privilégiant la question de la souffrance sur celle de la pathologie, elle s'intègre pleinement dans le paradigme de la santé mentale et dans une « utopie non médicale » (Goffette 2006, p. 105), pour reprendre l'expression de

Goffette. Son statut de catégorie d'action publique supplante alors son statut de catégorie nosographique, dans une reconfiguration ambiguë de ce qu'est la clinique. En quelque sorte, cette catégorie ne s'articule que partiellement avec les autres catégories nosographiques psychiatriques dans la mesure où, née d'une psychiatrie pratique à la marge ou hors des asiles, elle ne relève pas tout à fait du champ de la psychiatrie.

- *L'observabilité* clinique des adolescents difficiles, population à la marge des institutions, est susceptible d'évoluer. Elle requiert deux conditions : d'une part, il faut des institutions sectorisées de traitement de la déviance adolescente, et d'autre part des psychiatres doivent intervenir dans ces institutions. Ces acteurs peuvent alors observer des adolescents rejetés de toutes les institutions, rebelles, parfois violents, et revendiquer une juridiction clinique sur ce problème. La catégorie (non clinique) des incasables est concurrente des adolescents difficiles jusqu'à la fin des années 1990 puis se voit supplantée par la clinique. Si la description clinique de la marge reste constante entre la fin des années 1970 et les années 2000, les conditions de production de cette marge se transforment cependant considérablement. La topographie de l'action publique évolue, affectant profondément la sectorisation des interventions et donc la délimitation des marges institutionnelles. L'individu vulnérable et souffrant devient la cible de l'action publique, participant d'une dé-spécification mais également à une intensification des interventions institutionnelles. Comment dès lors la marge des institutions est-elle produite et traitée ?

- Enfin, la catégorie des adolescents difficiles vient se développer sur la base de *dilemmes* éthiques. Sa polarité culturelle se situe entre l'adolescent dangereux et l'adolescent en danger. Comme dans le cas des fugues, la niche écologique des adolescents difficiles repose sur la résolution d'un paradoxe et le rapprochement de deux figures morales en apparence inconciliables. En outre, cette catégorie permet d'aborder l'usage de la contrainte dans un contexte politique et social où ces pratiques se voient à la fois mise en examen et peu encadrées. Les adolescents difficiles apparaissent là où se situe le problème de *l'usage légitime de la contrainte* dans le traitement public de la déviance juvénile. Là aussi, les modes d'intervention des institutions, la place de l'autonomie des adolescents, les liens avec les familles évoluent considérablement entre les années 1970 et 2000, là où la clinique elle-même reste stable.

En réalisant la connexion entre ce trouble et les conditions de vie des sujets, Tomkiewicz et les cliniciens en charge d'adolescents difficiles participent de la forme de « conscience

politique » décrite par Michel Foucault dans la « Naissance de la Clinique » (Foucault 1963, p. 21-36), entretenant des liens serrés entre la connaissance du vivant et le gouvernement des conduites. Tirés de l'expérience au « lit » (*clinos*) de l'adolescent, ils procèdent d'une transformation du « visible » en « discible » et « dicible » (*Ibid.*, p. 51) et permettent le « décryptement » (*Ibid.*, p. 60) d'une vérité cachée dans le sujet malade. Les comportements déviants (violence, fugue) sont lus comme des symptômes, recelant un sens caché, qui ne peut être décrypté qu'en lien avec l'histoire actuelle et passée de l'adolescent. Cependant, pour reprendre l'expression de Foucault, cette *naissance d'une clinique* procède à la fois d'une transformation en dicible et d'une impossibilité de dire. Pour les auteurs de cette catégorie eux-mêmes, le caractère essentiel (plutôt que construit) de l'adolescence difficile semble incertain, pour ne pas dire inconfortable.

Résumé du chapitre et transition

Lorsqu'elle apparaît à la fin des années 1960, prenant la suite de l'enfance inadaptée et fondée par la clinique psychanalytique des déviances juvéniles, la catégorie des adolescents difficiles est initialement sexuée, féminine. Elle doit son extension, au cours des années 1970, à l'action de pionniers, découvreurs de cette population clinique aux marges de l'asile et de la psychiatrie. Le passage à la mixité se fait alors silencieusement, cette catégorie clinique ne décrivant pas les caractéristiques sociales, de genre, de classe et d'ethnicité des sujets qu'elle désigne. Pourtant, lorsqu'ils réapparaissent près de deux décennies plus tard, les adolescents difficiles ont subi une série de changements subtils. Outre la mixité, ils se voient désormais ethnicisés et territorialisés, assignés à une histoire coloniale et migratoire. A la fin des années 1990, l'attention à la santé et au bien-être supplante l'intégration du salariat comme objectif du travail éducatif.

Grâce à des figures comme celles de Stanislas Tomkiewicz et en mobilisant une référence prédominante à la psychanalyse et au transfert, la vulnérabilité des adolescents est mise en écho avec celle des adultes qui en ont la charge. Elle sert à une dénonciation de l'enfermement disciplinaire et suggère de nouvelles formes d'autocontrôle personnalisé. En réalisant la diffusion de cette catégorie, ces découvreurs la détachent de l'effort taxinomique

pour l'intégrer dans les conceptions émergentes de la santé mentale, valorisant plus la prévention des risques individuels, l'attention à la souffrance et l'adaptation sociale que la délimitation et l'articulation raisonnée des maladies. Mais ce faisant, ils l'inscrivent durablement dans une référence tautologique à la souffrance, celle des adolescents renvoyant de manière circulaire à celle des professionnels.

Dans l'intervalle de ces trente ans, cette catégorie s'est stabilisée autour de trois notions clefs : le repérage d'une population marginale des institutions, la nécessité qui en découle de lier les interventions pédagogiques, judiciaires et psychiatriques et enfin l'usage problématique de la contrainte mise en balance avec les risques encourus par les adolescents (en particulier l'exclusion hors des institutions). Sa niche écologique est ainsi tendue sur une polarité entre dangerosité et vulnérabilité, entre autonomie et protection. Cette ligne de tension, au bord de la rupture, organise également les modes de traitement par la contenance que nous allons maintenant aborder.

CHAPITRE 5 : DE LA CONTENANCE COMME THÉRAPEUTIQUE.

1. D'une disposition psychique à un dispositif physique

Les divers corpus (voir annexes 3 et 4) composés autour des conceptions sur le traitement des adolescents difficiles appellent une première observation : s'il est omniprésent sur le terrain, le champ sémantique de la contenance est quasi absent des manuels de psychologie ou de psychiatrie classiques datant des années 1970. Ainsi, dans le manuel de psychiatrie de Henri Ey (Ey, Bernard et Brisset 1967), l'index ne recense aucun des termes dérivés de contenir. On y trouve une brève référence à la contention dans le chapitre sur les traitements médicamenteux de l'agitation, promettant la disparition de cette mesure avec l'avènement des traitements neuroleptiques :

« La contention mécanique (camisole) est devenue tout à fait exceptionnelle mais la contention manuelle peut être encore nécessaire dans certains cas ». (*Ibid.*, p. 1036)

Le manuel de pédopsychiatrie de Julian de Ajuriaguerra (De Ajuriaguerra 1980), datant de la même époque, ne fait pas plus référence à ce champ sémantique. Bien que plus récents, les ouvrages encyclopédiques de psychanalyse ne recensent aucun de ces termes. C'est le cas par exemple du dictionnaire édité par Michel Plon et Elisabeth Roudinesco (Roudinesco et Plon 2011), ou encore du très cité « Vocabulaire de la psychanalyse » de Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis (Laplanche et Pontalis 1967).

1.1. Le « Holding » : une disposition psychique (années 1960 et 1970)

Cette absence est surprenante⁵⁶ puisque ces termes servent à traduire les concepts de « container » et de « holding » avancés dans les années 1960 par les psychanalystes britanniques Donald Winnicott, Wilfred Bion et Melanie Klein. L'œuvre de Wilfred Bion (1897-1979) est particulièrement significative du développement de la littérature psychologique et psychiatrique sur « contenir ». Bion reste aujourd'hui en France l'auteur emblématique de ce champ conceptuel, et ses travaux sont encore régulièrement cités dans les articles plus récents du corpus⁵⁷. Psychiatre et psychanalyste, Bion a en effet développé dans les années 1960 un corpus théorique abstrait dans une approche très explicitement spéculative. A l'instar de Jacques Lacan en France, il ambitionnait de formaliser les théories psychanalytiques avec des symboles mathématiques (Bion 1963). Bion a ainsi élaboré les concepts de « contenu » et « conteneur » (*contained, container*) pour qualifier un moment clé du développement psychique de l'enfant : les soins maternels, en tant qu'acte contenant, donne à l'enfant les limites de son propre corps. Son œuvre s'appuie sur deux piliers : d'une part, la psychologie des groupes, Bion puisant ses observations dans son expérience de thérapeute de groupe avec d'anciens militaires après la seconde guerre mondiale ; d'autre part, les études contemporaines sur le développement de l'enfant et en particulier les travaux de Melanie Klein, qui fut son analyste (de 1945 à 1953)⁵⁸.

C'est le psychologue et psychanalyste français Didier Anzieu (1923-1999) qui importe cette notion en France en élaborant son concept de « moi-peau » (Anzieu 1985). Anzieu est philosophe, élève de l'Ecole Normale Supérieure, puis se forme à la psychologie sous la houlette de Daniel Lagache à l'Institut de Psychologie de Paris. Avec ses condisciples de philosophie Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, il devient psychanalyste et contribue à la fondation de l'Association Psychanalytique de France. Collaborant avec le psychologue et psychanalyste René Kaës, Anzieu développe les thérapies psychanalytiques de groupe dans le champ de la psychologie clinique. Suivant les travaux de Bion, l'usage fait de ces concepts en France jusqu'à la fin des années 1970 reste fortement conceptuel et abstrait. A l'image du

⁵⁶ Un des psychiatres intervenant comme demandeur au Comité, le Dr Jacquemont, fait part de sa surprise devant ce constat : « Ah bon ? Mais pourtant, il y a Bion ! »

⁵⁷ On le trouve dans les références suivantes (Roman 2010; Dumay 2000; Kinoo 2008; Pinel 2007; Myquel 2002; Drossart 2002)

⁵⁸ Source : Wikipédia, consulté le 30/08/2014.

concept de "holding" proposé par Winnicott (terme qui est habituellement utilisé dans l'anglais original, sans être traduit), ces notions désignent alors une *disposition interne*.

Des premières applications cliniques apparaissent au cours des années 1970, qui préfigurent la mutation du champ conceptuel opéré au cours des années 1990. Bien que restant très conceptuelles et abstraites, ces applications cliniques commencent à proposer une légitimation des pratiques de coercition exercées sur le corps du malade. Par exemple, dans un article écrit en 1976 par plusieurs psychiatres sur « la dualité contenant contenu » dans la schizophrénie, la disparition des symptômes (en particulier le délire) par l'effet des traitements neuroleptiques est critiquée. Les auteurs y voient la perte regrettable d'éléments utiles à la psychothérapie. Partant d'exemples cliniques sur la préoccupation des malades pour leur peau ou leurs vêtements, ils indiquent la légitimité des pratiques de contrainte :

« Contrairement à ce que le profane peut penser, il n'est pas exceptionnel que la camisole ou les moyens de contention soient réclamés : certains malades signalent ne retrouver la paix que dans une coquille rigide et serrée. » (Houillon et al. 1976, p. 823)

A cette même période, les pédopsychiatres français ont développé des techniques d'enveloppements corporels pour traiter l'agitation des enfants autistes. Venue des États-Unis, où elle est aujourd'hui abandonnée, cette technique dite du « packing » a été développée en France dans les années 1960 et 1970 par M. A. Woodbury, un psychiatre américain enraciné dans le terreau psychanalytique français. Dans le packing, la thérapie est individuelle. Chaque enfant a, selon le jargon psychanalytique, un groupe de référents soignants appelé la « constellation transférentielle », qui se réunit régulièrement pour travailler le « contre transfert ». Le professeur Pierre Delion utilise le langage symbolique de la psychanalyse pour justifier le sens de cette thérapie :

« L'enveloppement vise à rassembler le corps du jeune autiste, qui manque de contenance. Il s'agit de lui procurer un sentiment sécurisant d'unité, au lieu de la sensation angoissante d'être en plusieurs morceaux⁵⁹. (Saget 2009)

⁵⁹ Citation des propos du Pr Pierre Delion par Estelle Saget dans son article « Autisme, le traitement qui choque », L'Express n° 3024, 18 au 24 juin 2009

Ces méthodes ont été dénoncées dans les années 2000 tant pour leur manque de preuves scientifiques que pour leur caractère supposé coercitif et violent. Dans un article de la revue médicale Lancet daté de 2008, Laura Spinney les décrivait comme :

« Une forme d'agression contre quelqu'un qui n'est pas en capacité de répondre ou de se défendre ». (Spinney 2008, p. 646)

La littérature médicale internationale indique l'existence de mouvements similaires, recherchant l'association de théorie psychologique avec l'usage de la contrainte. Ainsi, en 1994, Howard Bath, un psychiatre australien, proposait de faire un lien entre les mesures de traitement coercitives pour la gestion de la violence chez l'enfant et les théories de l'attachement de Michael Bowlby (Bath 1994). Ces « holding therapies » inspirées par les travaux de Zaslow reposaient sur une contrainte (tenir fermement un enfant autiste). Elles partagent des similitudes avec le Packing : support corporel, théorie inspirée de la psychanalyse, condamnation dans les années 2000 comme étant sans base scientifique, dangereuse pour les patients et insuffisamment éthiques.

Cependant, avant l'émergence de ces critiques, le corpus indique une stabilité de l'usage de ces notions durant les années 1980. Aucun article n'apparaît sur la recherche systématique entre 1976 et 1988. A cette date, un article du psychologue Jean-Pierre Pinel sur la « classe » (scolaire) comme lieu de « contenance » inaugure une seconde période.

1.2. La contenance à la française : un dispositif physique (années 1990).

Dès les années 1970, ces techniques de packing recèlent deux glissements de sens qui serviront le développement de la contenance dans le champ psychiatrique et psychologique en France au cours des années 1990. D'une part, elles justifient la pratique de la contrainte sur le corps. Par exemple, pour Roland Coenen, éducateur et psychothérapeute, le travail éducatif d'un « adulte contenant » (Coenen 2001, p. 144) donne un sens thérapeutique à l'enfermement de l'adolescent violent, en l'inscrivant dans une continuité relationnelle sécurisante. D'autre part, elles associent la notion théorique d'enveloppe corporelle à celle du groupe de professionnels. Reposant sur ces deux axes, la littérature sur la contenance se développe de façon importante au courant des années 1990, particulièrement sous la plume de psychologues de la groupalité intervenant comme superviseurs auprès de professionnels en charge d'enfants et d'adolescents. Ils appliquent les conceptions des psychanalystes au

travail des « institutions » (Kaës et al. 1993). Le corpus subit alors une inflexion significative : il s'écarte d'un usage essentiellement théorique, analysant une disposition interne pour se porter vers l'étude pratique de *dispositifs physiques*. On étudie comment la scolarité, un établissement d'hébergement éducatif, un lieu de réclusion pénale ou un service d'hospitalisation peuvent être contenant. Les travaux de Jean-Pierre Pinel, qui ouvrent cette seconde phase dans le corpus, illustrent bien cette évolution. Universitaire à Paris 13, psychologue et psychanalyste, Pinel étudie la psychologie des groupes à partir d'un travail qu'il effectue comme superviseur d'équipes éducatives en charge d'adolescents. Au sujet des établissements éducatifs accueillant des adolescents « violents », Pinel écrit :

« L'accueil et la contenance de ces sujets (les adolescents violents) dépend d'une structuration groupale et institutionnelle qui s'organise à partir d'un rapport à la différence des sexes, des générations et des fonctions suffisamment bien intégré, associé à une consistance d'arrière-plan, à une structuration assez ferme du métacadre institutionnel et organisationnel. » (Pinel 2007, p. 119)

Il définit la contenance dans les termes suivants :

« Cette capacité d'accueil et d'hébergement des matériaux psychiques déliés et destructeurs procède d'un travail groupal : l'équipe se constitue comme un réceptacle suffisamment flexible pour être déformé par les projections violentes provenant du patient ».

Inspirées de telles conceptions, ces pratiques de contenance sont établies sous forme de « protocole de traitement de la violence et d'information » dans les différentes institutions en charge d'adolescents difficiles. Ces protocoles sont élaborés collectivement par les professionnels de ces institutions qui y conceptualisent les différentes étapes de la « crise » ainsi que le recours à la contention dans le cadre d'un processus « pensé » nécessitant une « verbalisation » ultérieure en équipe (Gansel et Lézé 2015).

Un glissement s'opère ici des conceptions métapsychologiques *abstraites* portant sur une disposition interne (tels « les matériaux psychiques déliés ») à des dispositifs *pratiques* prévenant et traitant la violence. L'équipe de professionnels et l'usage de la parole collective (« le travail groupal ») sont les points communs de ces différents dispositifs. Comme dans le cas des enfants autistes, les processus psychiques insuffisamment « liés » ou « secondarisés » de l'adolescent dépassent les limites de son propre contrôle et s'expriment par son corps ; l'équipe de professionnels tient alors le rôle d'enveloppe offrant un nouveau

contenant et réalise un travail de transformation de ces contenus psychiques. Le travail par la parole réalisé par les professionnels participe à la restauration d'une « enveloppe » ou d'un « moi-peau » en référence à Anzieu et, ce faisant, introduit une distinction nouvelle. D'une part, il y a la contenance comme disposition immatérielle et interne « qui relève de la mise en sens » et se voit attribuer a priori une valeur positive. De l'autre, il y a la contention comme dispositif concret et corporel « qui est de l'ordre de l'agir » (Friard 2011), et qui est connotée négativement. Une telle distinction relève d'une classique approche dualiste corps/ esprit, revisitée de la manière suivante dans l'action de contraindre. Le corps (de l'adolescent comme des professionnels) est l'outil de l'action, la cible en est l'esprit, ou plus précisément la subjectivité, c'est-à-dire non pas l'esprit immatériel, mais ce que l'individu donne à voir socialement de son intériorité par le travail de la parole.

De manière extrêmement simpliste, ces concepts érigent la contenance en dispositif concret en suivant la séquence suivante, que l'on pourrait résumer par une paraphrase : « au commencement était l'agir ». En premier lieu, en effet, est supposé être le comportement de l'adolescent. Ses « agirs » ou « passages à l'acte » recouvrent un large éventail de situations pratiques dont le corps de l'adolescent est le centre : de la tentative de suicide ou des scarifications, à la sexualité anormale en passant par la violence ou les fugues. Ces agirs à expression corporelle font l'objet d'une réception subjective par le groupe de professionnels. Cette réception « contre-transférentielle » recouvre là-aussi un champ vaste de situations : il peut s'agir d'actes concrets (exclure un adolescent, le contenir physiquement), de pensées ou d'émotions. Le groupe de professionnels s'engage ensuite (de manière parfois militante, témoignant d'une valeur particulière attachée à ces aspects) dans un travail de parole collective, recourant le plus souvent à l'intervention d'un clinicien (psychiatre ou psychologue) extérieur. En passant par une relecture collective de l'usage de la contrainte corporelle et de son « sens », les professionnels œuvrent à la transformation de leur subjectivité et de celle de l'adolescent. Par le travail « d'élaboration groupale » opéré en supervision ou en analyse de la pratique, ils transforment les vécus affectifs non mentalisés de l'adolescent dont ils sont devenus le « contenant » en éléments « secondarisés ». Dans une sorte de feed-back, ils œuvrent à restaurer les processus de pensée défailants de l'adolescent (des « processus primaires ») qui étaient à l'origine de son comportement. Ainsi, pour utiliser une métaphore physicochimique, la contention produit une sublimation, c'est-à-dire un changement d'état : d'une pure action de contrôle concrète, la contrainte

devient un acte de soin immatériel. D'un « agir » repéré sur le corps (qui devient violent, qui se soustrait à la surveillance, qui se couvre de plaies ou déploie sa sexualité), la contenance produit un « sujet » secondarisé. Dépassant les lignes de démarcation professionnelles habituelles, ces différents niveaux de transformation (de l'action professionnelle et de l'adolescent) deviennent accessibles aussi bien à un infirmier ou un médecin, qu'à un éducateur ou un surveillant pénitentiaire, participant ainsi d'une santé mentale élargie.

2. Vers des "réponses mixtes" : hybridations autour de la psychiatrie.

Dans la partie qui suit, nous allons nous intéresser à la production de pratiques institutionnelles associant la justice, et particulièrement l'éducation judiciaire exercée par la PJJ, et la psychiatrie. Ces pratiques constituent progressivement des « réponses mixtes » au cours des années 2000. Désignées dans les politiques publiques comme des « solutions » au problème posé par les adolescents difficiles, recourant de manière croissante au champ sémantique de la contenance et à son glissement conceptuel, ces réponses mixtes apparaissent progressivement dans l'agenda politique français à partir de la fin des années 1990 sous forme de recommandations issues des rapports législatifs ou dans des directives administratives (voir annexe 4). Ils représentent l'association de deux préoccupations, sanitaire et sécuritaire, sur les adolescents. Nous présentons ici de manière chronologique la production de ces politiques publiques, passant de l'articulation d'institutions distinctes à la fin des années 1990 à l'intégration de leurs interventions autour de cibles communes dix ans plus tard.

2.1. Coordonner des institutions distinctes.

En 1998, paraît un rapport interministériel sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs. Réalisé par deux élus parlementaires socialistes, Christine Lazerges et Jean-Pierre Balduyck, il répond à une lettre de mission émise le 1er décembre 1997 par Lionel Jospin, alors Premier Ministre. Les rapporteurs estiment que la psychiatrie publique sectorisée est le premier interlocuteur dans la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs.

« Par son ouverture sur les sciences humaines, par sa volonté de privilégier la plus large compréhension des troubles mentaux, par son organisation en secteurs

géographiques ayant pour mission la prévention et le traitement mais aussi la **coordination** des équipements, la psychiatrie publique française devrait être un outil de prévention et de traitement de la délinquance des mineurs. » (Lazerges et Balduyck 1998, p. 27)

C'est le manque de moyens spécifiques au traitement et à la prévention de la délinquance qui est souligné et qui mobilise l'essentiel des trois recommandations des rapporteurs concernant la psychiatrie. Leurs recommandations portent sur la création de structures intersectorielles pour les 16-20 ans, de lieux d'accueil d'urgence et sur le développement des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Ils voient des raisons « structurelles », c'est-à-dire organisationnelles, à ce manque de moyens spécifiques, mais également et « avant tout » des raisons « culturelles » (*Ibid.*, p. 27) : les usages du secret professionnel par les psychiatres, le modèle de la cure individuelle qui les inspirent et de la demande qu'ils attendent du patient posent problème dans le travail avec les adolescents « particulièrement difficiles ». Le terme de « contenant » figure dans le chapitre portant sur l'exécution des décisions de justice, où il revêt une connotation de contrainte. Les rapporteurs l'associent à l'examen de solutions d'hébergement coercitives, voire fermées. Ils mentionnent des unités à encadrement éducatif renforcé, conçues comme des « établissements à vocation plus « contenant » voire contraignante » pour venir en réponse au problème des fugues hors des établissements d'hébergement de la PJJ.

« Le caractère « contenant » des foyers (de la PJJ) est parfois fort limité, et si les fugues de foyers ne sont pas la règle, elles sont loin, à l'inverse, d'être exceptionnelles ». (*Ibid.*, p. 97)

Ces propositions préfigurent l'ouverture des CEF, créés par la Loi du 9 septembre 2002. Dans le même temps, la « demande » des adolescents est jugée de plus en plus improbable et ne doit plus être une condition aux interventions des professionnels.

Le rapport « Adolescents (14-21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et Santé » (Choquet et al. 1998), dirigé par la psychologue et statisticienne Marie Choquet et réalisé sous l'égide de l'INSERM, commente les résultats d'une enquête épidémiologique effectuée entre septembre 1997 et mars 1998 à l'initiative de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) et financée par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et la Toxicomanie (MILDT). L'enquête fut conduite sous forme d'auto-

questionnaires, renseignés par les adolescents suivis par la PJJ dans les établissements publics uniquement⁶⁰. Le rapport livre une série de résultats chiffrés puis les commente. La catégorie de l'adolescence difficile en est absente, tout comme le champ sémantique de « contenir » ainsi que les problèmes de coordination entre dispositifs. Pourtant les auteurs recourent régulièrement à la notion de « souffrance psychique » et à celle de « trouble du comportement », qui font le socle clinique de cette catégorie. Elles jugent que :

« Les résultats de cette enquête montrent, de façon saisissante, l'importance des problèmes de santé (au sens large du terme) des adolescents de la P.J.J., qui se caractérisent par des troubles du comportement (violences, délits, fugues), par la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis et autres drogues) et par un malaise psychologique (plaintes fonctionnelles, dépressivité, troubles alimentaires...) » (*Ibid.*, p. 64)

Si l'étude insiste sur l'appréhension de la santé « au sens large », il n'en demeure pas moins que la référence à la psychiatrie y est centrale. Pour autant, l'enquête ne s'intéresse pas tant à l'existence d'une maladie mentale pouvant faire l'objet d'un diagnostic médical qu'à la souffrance et aux comportements déviants, en particulier la violence et la fugue, constituant un « trouble » extra-nosographique. Ainsi, les recommandations vont dans le sens d'une meilleure formation des « acteurs PJJ » afin de « sensibiliser » (*Ibid.*, p. 57) à ces troubles et leur donner une meilleure connaissance des « professionnels « psy » » (*Ibid.*, p. 57) qu'ils devront solliciter. Le recentrage sur la santé physique, l'« éducation pour la santé » (*Ibid.*, p. 17) (en particulier le suicide, mais aussi la vaccination, l'acné, les rapports sexuels, les addictions), appelle à une évolution sur le traitement de la souffrance psychique. Les professionnels de la PJJ ne seront désormais plus en mesure de la prendre en charge dans le seul cadre du travail éducatif. Ils doivent s'inscrire dans une collaboration avec les services de soins. La psychiatrie peut donc légitimement disputer à l'éducatif une partie de ses questions (comme la fugue, la violence ou la toxicomanie). Les entités de « malade » et de « délinquant » restent discrètes mais peuvent faire l'objet d'un cumul (et non plus d'une seule opposition). A leur image, les dispositifs psychiatriques et judiciaires envisagés par le rapport demeurent distincts mais sont potentiellement cumulables (les professionnels de la PJJ doivent connaître le « psy »).

⁶⁰ C'est-à-dire excluant ceux gérés par des associations

Par ailleurs, Marie Choquet et ses collaboratrices ont une attention particulière aux différences des résultats selon le sexe des adolescents. Elles jugent ainsi que

« Les filles de la P.J.J. sont nettement plus en difficulté que les garçons de la P.J.J. ».

(*Ibid.*, p. 3)

Cette plus grande difficulté renvoie à une plus grande déviance mais également à une plus grande vulnérabilité. Elle est mise en lien avec les conditions familiales des jeunes filles qui sont plus souvent issues de parents séparés ou décédés, ont plus souvent un père inactif, sont moins souvent scolarisées que les garçons. Cette plus grande souffrance se situe également à un « niveau psychologique » : les filles se sentent plus souvent désespérées, seules ou inquiètes. Les caractéristiques socio-économiques (telles les catégories socio-professionnelles des parents) sont partiellement renseignées mais très peu interprétées. Ces observations sur les différences des sexes disparaissent dans la suite du corpus, en même temps que la catégorie de l'adolescence difficile s'y étend.

2.2. Intégrer les interventions, fusionner leurs cibles.

Tenu à Paris les 25 et 26 mai 2000, sous l'égide des Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités, le Séminaire Santé et Justice (Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités 2000) consacre l'apparition des adolescents difficiles dans les politiques publiques. Cette manifestation réunit des professionnels des Conseils Généraux et des services de l'ASE, de la PJJ, de l'Education Nationale, de la psychiatrie ainsi que quelques pédiatres. Mais seuls le « secteur santé » (représenté quasi exclusivement par la psychiatrie) et le « secteur justice » (la PJJ) prennent la parole au cours des séances plénières. Un des participants ne manque pas de faire remarquer cet écart dans une question de la salle (*Ibid.*, p. 45). De la même façon le magistrat Michel Allaix prononçant le discours de synthèse exprime son regret face à « l'absence d'un représentant des professions éducatives » (*Ibid.*, p. 97). Les actes de cette réunion publique regroupent les textes complets des séances plénières qui s'organisent en trois axes : la souffrance psychique, des exemples de réalisation institutionnelle et une réflexion sur l'expertise psychiatrique. Ils résument les débats organisés dans les ateliers thématiques portant sur la prévention, la réponse à la crise et l'urgence, l'hospitalisation ou encore le travail en réseau.

Dans son récit de « la légende de la patate chaude » (*Ibid.*, p. 89), Edith Coutant cible plus particulièrement l'usage de la contrainte et les modes de justifications professionnelles. Elle propose un « partenariat » respectant des « logiques différentes » pour la psychiatrie et la PJJ. Cette logique de « partenariat », ne remettant pas en cause les frontières habituelles des dispositifs psychiatriques et judiciaire, est également reprise par le représentant du garde des Sceaux Christian Vigouroux dans son allocution introductive (*Ibid.*, p. 11). Une autre intervention (*Ibid.*, p. 55), décrivant une « réalisation », illustre cette conception partenariale des liens entre dispositifs. Un cadre de la PJJ et un psychiatre de secteur y présentent le développement de relations entre les services du secteur pédopsychiatrique (le CATTP) et un lieu d'hébergement atypique de la PJJ (en appartements semi-autonomes) marqué par une forte tolérance aux écarts des adolescents et par une valorisation de leur autonomie.

L'usage du champ sémantique de « contenir », qui est apparu discrètement dans le rapport au Premier Ministre de 1998, reste ici très limité. La « contention » est brièvement mentionnée, pour dénoncer la contrainte dans le traitement de l'adolescence difficile, notamment sous forme d'hospitalisation en psychiatrie. Ainsi, Didier Houzel, pédopsychiatre, condamnait le fait de « confier le traitement de la violence aux services de soins » et de « confier tout sujet présentant une problématique de violence à un hôpital comme à une prison contenante ».*(Ibid.*, p. 39)

La circulaire inter-administrative du 3 mai 2002 relative à « la prise en charge concertée des troubles psychiques » des adolescents en grande difficulté (Direction Générale de la Santé et al. 2002) cite l'étude INSERM-DPJJ de 1998 dans son introduction. Elle souligne la prévalence des « troubles psychosociaux » chez les adolescents relevant de l'éducation judiciaire. La suite de la circulaire est plus particulièrement orientée sur la violence et le caractère perturbateur de ces « troubles psychosociaux », qui ne se rapportent pas à une maladie mentale mais appellent une attention pour la « santé » des adolescents. La circulaire aborde une série de constats et de propositions « dans quatre domaines essentiels : la prévention, la réponse à l'urgence et à la crise, l'hospitalisation et les soins ambulatoires et de suite », superposables à ceux du séminaire Santé et Justice. Le programme établi par cette circulaire demande un travail de communication et de coordination entre les secteurs éducatif, judiciaire et psychiatrique, mais ne remet pas en cause le caractère discret et différencié de ces institutions. Les adolescents difficiles, et en tout premier lieu ceux suivis pour une

infraction pénale, doivent ici être traités par la psychiatrie de régime général, et il n'est pas encore question ici des régimes spéciaux qui seront imaginés plus tard. Ainsi, il est demandé aux services des secteurs psychiatriques de concevoir des dispositifs d'aides auprès des équipes éducatives qui rencontrent des difficultés dans la prise en charge de certains mineurs :

« Les équipes de psychiatrie concernées devront construire le travail de **partenariat**⁶¹. Cette fonction devra notamment concerner les enfants et adolescents en grande difficulté dont la violence des manifestations de mal-être est actuellement difficilement gérée par les équipes ou traitée de manière cloisonnée sans réelle efficacité». (*Ibid.*, point 3.3)

Remis au président du sénat en juin 2002 par deux élus de l'UMP (Jean-Pierre Schosteck et Jean-Claude Carle), peu de temps après l'alternance législative qui mettait fin au gouvernement socialiste de Lionel Jospin, le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la délinquance des mineurs (Schosteck et Carle 2002) fait état des travaux tenus entre le 6 mars et le 25 mai 2002. Il envisage des établissements « pénitentiaires spécifiques » où serait affecté du « personnel de santé et de psychiatrie » (*Ibid.*, p. 221). Il introduit également d'étudier l'idée de « structures mixtes santé-justice » (*Ibid.*, p. 222). Ce dernier point ouvre une perspective nouvelle, visant non plus à *coordonner* psychiatrie et justice (ou éducation judiciaire) mais à *intégrer* ces deux entités.

Publié en octobre 2005, le rapport « La santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après » (Choquet, Hassler et Morin 2005) poursuit la précédente étude de 1998, reprenant largement la méthodologie et le public. Toujours sous la direction de Marie Choquet, ce second volet dresse cependant des recommandations quelques peu différentes. Il appelle à modifier « la pratique professionnelle » et constate une aggravation de diverses conduites anormales, s'inscrivant dans le discours croissant d'un déclin de la jeunesse. Face à cette jeunesse décrite comme nouvelle, le rapport envisage de nouvelles solutions, qui ne visent plus simplement à coordonner des interventions sanitaires et éducatives mais à les intégrer.

⁶¹ Je souligne dans tous les extraits des documents qui suivent.

« (Envers des jeunes) plus consommateurs de drogues illicites, moins respectueux des règles établies et cumulant souvent des troubles du comportement, l'accompagnement éducatif devrait se **compléter** par un réel suivi psychologique (voire psychiatrique) ». (*Ibid.*, p. 186).

La violence des adolescents est perçue comme plus importante et le rapport cite trois registres de réponses à lui opposer : compréhensif, répressif et éducatif. Les auteurs estiment qu'il faut « soutenir les victimes, punir les actes de violence » et appellent à une :

« Meilleure **coordination** entre les professionnels de l'aide psychologique et ceux en charge de la répression ». (*Ibid.*, p. 190).

Le rapport introduit également la notion de « risque comportemental ». Il associe « fugue, tabagisme et bagarres » comme des « indicateurs simples pour évaluer le risque » pouvant indiquer « un malaise plus profond et des difficultés familiales, scolaires, sociales ». Mettant en garde contre la « banalisation » de telles conduites, il estime que :

« En cas de cumul de ces conduites, (il est important de) considérer ces jeunes comme « à haut risque comportemental » et proposer **systématiquement** une consultation psychiatrique ». (*Ibid.*, p. 192)

Le risque comportemental dont les critères sont ici clairement établis (par le cumul de conduites qui sont énumérées) ne se matérialise pour autant jamais : le rapport ne précise pas *de quoi* il est le risque. Il ne s'agit pas vraiment d'identifier des facteurs de risque au sens classique de la biomédecine, où, par exemple, le tabagisme est facteur de risque des affections cardio-vasculaires. L'enjeu est plutôt d'identifier des « personnes à risques », impliquant une contrainte pour les professionnels dans le traitement de l'adolescent, par exemple : en rendant l'évaluation psychiatrique systématique.

S'il n'est pas directement question de la création des dispositifs hybrides incluant la psychiatrie, le rôle de l'éducateur évolue nettement. Dans le premier rapport de 1998, l'éducateur PJJ était appelé à connaître les problèmes de santé au sens large (qui comprenait déjà des éléments traités dans le champ éducatif comme les fugues ou la violence) et à solliciter les professionnels de santé (sous-entendu : mentale) compétents. Les statuts de malade et de délinquant n'étaient plus opposés mais cumulables, tout en restant distincts, à l'instar des dispositifs psychiatriques et judiciaires. Les recommandations formulées en 2005 sont dans la continuité de cette évolution. Mais, en introduisant le dépistage des adolescents « à haut risque comportemental », elles imposent un recours systématique à la

psychiatrie. Si le rapport de 2005 ne formule pas directement la proposition d'une inclusion de la psychiatrie dans l'éducation judiciaire, il en indique les conditions de possibilités. Désormais, l'éducateur ne reçoit pas simplement une formation lui permettant de solliciter la psychiatrie pour des maladies ou des « problèmes de santé » (même entendus dans un sens large qui inclut la déviance et la transgression). Il est appelé, voire contraint de manière normative, à solliciter la psychiatrie pour des « risques comportementaux » qui ont été et sont toujours inclus dans le travail éducatif (fuguer, voler, se battre).

Le rapport de 1998 procédait d'une annexion d'une partie du champ éducatif (recouvert par le terme de « souffrance psychique » qui incluait la toxicomanie et le suicide) par la psychiatrie (que l'éducateur devait apprendre à interpeller). Le rapport de 2005 opère, quant à lui, une inclusion de la psychiatrie dans le champ éducatif, visant à traiter « systématiquement » des adolescents à « risque comportemental ».

Nous allons voir cette proposition de solutions « mixtes », déjà évoquée par le rapport au Sénat de 2002, fleurir dans les textes para-législatifs suivants.

Daté du 13 décembre 2007, le contrat interministériel en santé publique de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de la Direction Générale de la Santé établit un partenariat entre les administrations sanitaire et judiciaire, pour le traitement des mineurs pris en charge par la PJJ (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et Direction Générale de la Santé 2007). Il s'inscrit dans les suites de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. Cette loi prévoit deux dispositions précises ouvrant la possibilité d'un traitement psychiatrique ordonné par la justice pour les adolescents violents. D'une part, la mesure de suivi socio-judiciaire, pouvant inclure un traitement psychiatrique, est étendue aux mineurs condamnés pour des actes violents contre eux-mêmes ou autrui⁶². D'autre part, la loi prévoit l'obligation à un suivi psychiatrique ou psychologique pour les mineurs faisant l'objet d'une procédure pénale au titre de la « composition pénale »⁶³. Cette loi poursuit donc le mouvement d'inclusion de la psychiatrie dans le travail éducatif judiciaire, tel que le rapport Inserm de 2005 le laissait présager.

⁶² Dans cette loi : chapitre V portant sur les « dispositions relatives à la prévention d'actes violents pour soi-même ou pour autrui », article 33.

⁶³ Dans cette loi : article 55, du chapitre relatif aux « dispositions tendant à prévenir la délinquance des mineurs ».

En effet, comme les divers textes précédents, le contrat cadre s'appuie sur les deux rapports INSERM de 1998 et 2005, ainsi que sur la circulaire interministérielle de 2002 et entend :

« S'inscrire dans les programmes publics de santé, **intégrer** la santé dans le travail éducatif, promouvoir un travail **clinique** ». (*Ibid.*, p. 1)

Bien que dépassant les seuls liens entre psychiatrie et justice, le contrat y consacre un de ses cinq points principaux. Ainsi, l'annexe 4 prévoit des dispositions pour

« Favoriser les prises en charge articulées PJJ-Psychiatrie pour les jeunes relevant à la fois de ces deux modes d'approches ». (*Ibid.*, p. 10)

Ces mesures prévoient de

« Mettre en place les dispositifs, réseaux et structures **conjointes** visant à une prise en charge concertée susceptibles de répondre aux besoins spécifiques des populations visées et des institutions les accueillant ». (*Ibid.*, p. 11)

Il est prévu la mise en place d'une « mission nationale d'appui PJJ / Psychiatrie », dont les objectifs seront, entre autre, de produire une « analyse opérationnelle » de « l'articulation » psychiatrie – PJJ. Il lui est également demandé de s'intéresser à la

« Gestion des situations de crise institutionnelle dans les services de la PJJ, notamment dans ceux qui proposent un hébergement et en particulier ceux qui s'inscrivent dans un cadre juridique contraint comme les CEF ». (*Ibid.*, p. 12)

Cette mission d'appui, mandatée dès juin 2007 et confié au docteur Michel Botbol, devait rendre son rapport dans les deux ans.

Dans le contrat-cadre, l'orientation vers des institutions mixtes associant PJJ et psychiatrie, telle que le rapport au Sénat de 2002 les prévoyait, est désormais acquise. Il s'agit de les rendre « opérationnelles ». Une nouvelle dimension de cette inclusion de la psychiatrie dans la PJJ apparaît particulièrement au sujet des « situations de crise institutionnels » dans les CEF, ouverts depuis 2002. Ces réponses « mixtes » psychiatrie-justice semblent ici tout particulièrement convoquées dans les lieux d'enfermement des mineurs délinquants.

2.3. Inclure la psychiatrie : les CEF à vocation de santé mentale.

Le rapport de la Commission dirigée par André Varinard (Varinard 2008), professeur de Droit à Lyon, a été remis le 3 décembre 2008 au Ministre de la Justice, Rachida Dati. Mandatée le 15 avril 2008 par Mme Dati, la commission était chargée de formuler des

propositions en vue de réformer l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Le rapport précise d'emblée que les adolescents difficiles, perturbant les institutions, appellent des réponses spécifiques en terme d'établissement éducatif.

« Dans ces cas limites, c'est donc la notion même d'établissement adapté qui est remise en cause, la question dépassant de beaucoup le problème de l'âge ». (*Ibid.*, p. 211)

Les rapporteurs appellent donc de leurs vœux la création de dispositifs spécifiques d'hébergement, au caractère « contenant ». Ainsi, ils précisent :

« C'est sur cette base que se sont développés plusieurs projets conjoints PJJ/ Psychiatrie comme l'établissement de placement éducatif et de traitement de la crise de Suresnes (EPETC) et les centres éducatifs fermés expérimentaux (CEF) ». (*Ibid.*, p. 211)

Le rapport cite en contre-point à cette entrée de la psychiatrie dans les institutions de la PJJ, le « centre Pinel de Montréal » présenté comme une structure à initiative psychiatrique, ainsi que la SIPAD, une institution psychiatrique à Nice incluant des éducateurs PJJ :

« Le projet de la SIPAD (Structure intersectorielle pour adolescents difficiles), établissement hospitalier dans lequel des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse interviennent ». (*Ibid.*, p. 211)

Les rapporteurs développent l'idée d'une « complémentarité des compétences » (*Ibid.*, p. 211) entre psychiatrie et PJJ. Cette « complémentarité » est opposée aux pratiques (considérées comme antérieures) visant la « répartition des jeunes entre protection judiciaire de la jeunesse et psychiatrie » (*Ibid.*, p. 211). Ce dernier point souligne clairement la position de rupture qui se dessine au fur et à mesure de ces directives et rapports successifs. Il ne s'agit plus d'inclure le soin dans le traitement rendu possible par les « progrès de la science pénitentiaire » (Ordonnance 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, exposé des motifs), pour lesquelles le psychiatre ménage simplement des exceptions, comme dans l'analogie militaire de Costa (Costa 1949, p. 2). La « santé » des mineurs doit être traitée par la psychiatrie, et le législateur commande non plus une « répartition », respectant la distinction malade / délinquant, mais une « complémentarité » des réponses psychiatriques et éducatives. Précisément, cette complémentarité est envisagée sous forme d'inclusion de la psychiatrie dans les institutions de l'éducation

judiciaire, et, détail digne d'intérêt, spécifiquement dans celles recourant à la contrainte (les CEF). Cette inclusion se justifie par l'usage de la notion de « contenance », qui s'affirme de plus en plus dans le corpus.

Le rapport sur « la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures sous main de justice » (Zumkeller et Warsman 2009) produit par la « Mission d'information sur l'exécution des décisions de justice pénale » est présenté à l'Assemblée Nationale le 5 décembre 2009. Conduite par des députés de l'UMP, la mission est présidée par Michel Zumkeller. Jean-Luc Warsman en est le rapporteur. Ce document aborde en détail les liens entre psychiatrie et justice des mineurs, illustrant les points que nous avons vu émerger : l'inclusion d'une psychiatrie spécialisée dans l'éducation judiciaire, en particulier dans les nouveaux lieux de contrainte de mineurs délinquants.

Ce sont les mêmes structures contraignantes⁶⁴ (les CEF expérimentaux) et la même expertise clinique (celle des psychiatres Philippe Jeammet, Michel Botbol et Maurice Berger) qui sont citées. Ainsi, le chapitre sur les « solutions innovantes au service du mieux-être des mineurs délinquants » revient en détail sur les cinq « CEF à vocation de santé mentale », créés en janvier 2008 et auxquels « le rapporteur tient à donner un large écho » (*Ibid.*, p. 59). Ceux-ci relatent leur visite de l'établissement situé à Valence, qui comporte

« Une équipe **mixte** regroupant des éducateurs et du personnel soignant issu de l'hôpital psychiatrique de Valmont et travaillant à temps partiel dans les deux structures». (*Ibid.*, p. 59)

Le rapport évoque assez explicitement l'ambiance conflictuelle qui a entouré la création de cette structure, où l'exécution de la contrainte semble problématique. Il cite ainsi la réaction des professionnels de la psychiatrie, manifestant leur

« Réticence de principe à travailler de concert avec des professionnels assimilés à la fonction répressive ». (*Ibid.*, p. 60)

Les services de l'hôpital psychiatrique du secteur étaient

⁶⁴ Il est remarquable que le rapport insiste bien plus sur les adolescents difficiles du CEF que de l'EPM.

« Très inquiets de devoir accueillir des délinquants multirécidivistes et ne s'estimaient pas compétents pour la prise en charge de ces adolescents ». (*Ibid.*, p. 60)

Plus loin, le rapport s'intéresse plus en détail aux problèmes posés par le transfert des adolescents du CEF vers l'hôpital psychiatrique. Il explique que

« Sans cadre de référence scientifique, les soignants (de l'hôpital psychiatrique) ont aussi été confrontés à un problème juridique délicat. Lorsqu'un détenu adulte est hospitalisé, il est obligatoirement mis en chambre d'isolement pour des motifs de sécurité alors que rien n'était prévu pour ces mineurs dont certains avaient un profil de multirécidiviste. Ces jeunes étaient d'abord considérés comme une menace pour la sécurité des autres patients plutôt que comme des patients ayant besoin de soins. Il faut d'ailleurs garder à l'esprit que l'encadrement humain à l'hôpital est beaucoup plus faible qu'au CEF ». (*Ibid.*, p. 60)

Le rapport souligne le rôle crucial d'un médecin travaillant à la fois dans le CEF et à l'hôpital psychiatrique. Il sert pour les équipes soignantes de

« Référent médical en qui ils ont confiance et qui peut leur donner toutes précisions sur les motifs qui justifient cette hospitalisation ».

Toujours au sujet des hospitalisations, le rapport relate les difficultés liées au fait que les magistrats « tardent » à autoriser l'hospitalisation « lorsque les parents ne sont pas joignables ou qu'ils la refusent » (*Ibid.*, p. 61), soulignant la complexité de l'exécution de la contrainte.

Ce dernier rapport présente donc trois types de « réponses mixtes ». Il s'agit d'innovations institutionnelles mettant en œuvre des nouveaux modes de rapports entre dispositifs en charge d'adolescents difficiles : les CEF à vocation de santé mentale, des établissements d'hébergements « de crise » au fonctionnement mixte, qui incluent psychiatrie, justice et aide sociale, et les équipes mobiles de pédopsychiatrie. Ces trois dispositifs se répartissent aux extrémités opposées d'un gradient de contrainte et prennent tous les trois la psychiatrie comme pivot. Le CEF relève nettement de *l'inclusion* de la psychiatrie (très concrètement réalisée par le détachement d'infirmiers et de psychiatres de l'hôpital psychiatrique) dans des structures éducatives usant de la contrainte. Les deux autres initiatives (établissements « de crise » et équipes mobiles) proposent de traiter les adolescents en dehors des lieux d'hébergement de la PJJ, mais participent tout autant des réponses mixtes entre psychiatrie,

Aide Sociale à l'Enfance et justice. Ils constituent deux formes alternatives d'hybridation de la psychiatrie : soit elle est incluse dans un dispositif d'alternative à la peine (équipes mobiles), soit elle est incluse dans un dispositif marginal servant de réponses pour les autres lieux d'hébergement.

2.4. Les hybridations autour de la psychiatrie.

A partir de 2002 et de l'ouverture des CEF, les notions relatives à la contenance servent de plus en plus régulièrement à définir des méthodes qui convoquent l'intervention de la psychiatrie dans les dispositifs judiciaires. S'appuyant sur l'expertise de ces cliniciens, la contenance vient légitimer des pratiques contraignantes, en leur donnant tant des motifs sécuritaires que thérapeutiques. Plusieurs étapes se dessinent alors, allant de la coordination de dispositifs distincts aux « réponses mixtes ». Dans une première période (qui s'étend jusqu'en 2002), il s'agit de coordonner les deux secteurs éducatif et sanitaire, autour d'entités (malades et délinquants) qui restent discrètes mais sont cumulables. Dans une seconde période, le pouvoir politique engage un programme vers des « réponses mixtes » psychiatrie-justice pour traiter de nouvelles entités « psycho sociales ». Il s'agit de programmer puis de rendre effectives des organisations incluant une psychiatrie spécialisée dans l'éducation judiciaire des mineurs. Dans ces dispositifs, la place de la contrainte est centrale et s'envisage soit dans un extrême de l'enfermement (en Centre Educatif Fermé ou Etablissement Pénal pour Mineurs), soit dans l'extrême opposé d'un hébergement atypique (dit « de crise ») ou de traitement sans hébergement (équipes mobiles de psychiatrie) qui se veulent non coercitifs. Aux différentes étapes de cet agenda politique, la psychiatrie occupe une place centrale, jamais contestée, dans le traitement des adolescents difficiles. Elle sert de canevas au tableau de la réorganisation des frontières professionnelles au sein de dispositifs hybrides, et occupe une position de pivot dans la redistribution du soin et de la contrainte qui se dessine à partir de 2002.

Ce mouvement qui, au cours des années 2000, organise progressivement des « réponses mixtes » pour les adolescents difficiles s'inscrit dans une tendance plus large des politiques publiques occidentales vers la création de dispositifs hybrides incluant (voire prenant pour pivot) la psychiatrie. Dans ce mouvement, les pratiques psychiatriques se voient elles-mêmes reconfigurées. Bien qu'elles soient pensées pour répondre aux besoins de sécurité et

à la gestion d'individus à « risque comportemental », les « réponses mixtes » s'adressent à des adolescents construits comme « en grande difficulté », souffrants et vulnérables voire en danger. Une telle tendance vers l'hybridation dans le traitement des déviances à l'adolescence peut être identifiée dans de nombreux de pays occidentaux. En 2007, des psychiatres de divers pays (l'indo-britannique Vikram Patel, Alan J Fischer, Sud-Africain rattaché à un institut de recherche norvégien, les australiens Sarah Hetrick et Patrick Mc Gorry) publient un article dans la revue médicale britannique Lancet sur ce thème (Patel et al. 2007). Ils y soulignent l'importance de la santé mentale des adolescents et appelaient à son intégration dans des dispositifs extra-psychiatriques d'action sociale et médicale pour la jeunesse.

Au cours de la même période, des institutions spécialisées dans le traitement de la dangerosité se développent en France comme aux Etats-Unis (Lovell et Rhodes 2014) et dans nombre de pays occidentaux. Des dispositifs comme les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) ou les Unités pour Malades Difficiles (UMD) et le projet de mesures de « rétention de sûreté » participent à un mouvement contemporain de réintégration de la contrainte et de l'enfermement dans le soin (Velpry et Eyraud 2014). Prévues initialement par la loi de programmation de la justice du 9 septembre 2002, les UHSA ont été mises en œuvre à partir de 2010 suite à un décret⁶⁵ portant sur les modalités de garde et de transport des personnes détenues hospitalisées pour troubles mentaux. Conçues sur le modèle des Unité Hospitalières Sécurisée Inter-régionales existant déjà pour les soins somatiques, les UHSA sont des « unités spécialement aménagées », souvent localisées au sein d'hôpitaux psychiatriques, conçues pour associer simultanément des conditions d'hospitalisation et de détention et pour « concilier peine et soins » (Barbier et al. 2010). Elles sont destinées à admettre des détenus pour une hospitalisation psychiatrique, dans des conditions permettant le maintien de leur détention. Ces hospitalisations peuvent se faire « avec ou sans consentement », dans ce dernier cas c'est le représentant de l'Etat (le préfet du département ou le préfet de police à Paris) qui prononce l'hospitalisation sur avis médical attestant de l'existence d'un trouble mental et d'un « danger » pour soi ou pour autrui. Créée en 2008⁶⁶ par une loi relative à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour les

⁶⁵ Décret numéro 2010-507.

⁶⁶ En réaction au meurtre d'une infirmière psychiatrique par un malade la même année.

malades mentaux, puis complétée en mars 2010 par une loi sur la prévention de la récidive, la rétention de sûreté ouvre également la possibilité de poursuivre un enfermement dans un établissement mixte « socio-médico-judiciaire » pour les auteurs de certains crimes jugés particulièrement graves, s'ils présentent un risque de récidive établi par une commission pluridisciplinaire.

UHSA et UMD partagent de nombreux points communs avec les réponses mixtes pour les adolescents difficiles : l'inscription dans l'agenda politique au titre des programmes de sécurité, les logiques de prévention de la délinquance et de traitement de la récidive mais également d'amélioration de l'état de santé des personnes sous main de justice, la mobilisation inter-administrative (entre Santé et Justice) pour leur élaboration, le débat public qui les entoure... Relevant de préoccupations sécuritaires, ces différents types de pratiques institutionnelles sont pourtant réticents à désigner les populations qu'ils traitent par leur dangerosité et cherchent à donner un sens alternatif à l'usage de la contrainte. A l'instar de Michel Botbol ou de Maurice Berger dans le domaines de l'adolescence, les promoteurs de ces institutions forment un corps de psychiatres spécialisés, défenseurs d'une « psychiatrie avec des dents » (Velpry et Eyraud 2014), qui valorise l'usage de la contrainte comme thérapeutique. Ils s'appuient sur les préoccupations politiques pour la sécurité intérieure tout en se départissant de la gestion des individus dangereux, jugée trop conforme à une commande sociale extérieure à la profession. Au contraire, ils définissent et justifient leur activité comme essentiellement transformatrice : celle d'émanciper les individus en recourant à la contrainte et l'enfermement. La plus-value thérapeutique que la psychiatrie apporte à ces pratiques (contrainte et enfermement) a contribué à redéfinir le traitement social de la déviance.

3. Des psychiatres experts.

Aux années 2000, des psychiatres tels Maurice Berger, Philippe Jeammet ou encore Michel Botbol sont des acteurs qui, par leur rôle d'experts pour les politiques publiques, participent à l'ubiquité des adolescents difficiles.

Psychiatre, praticien au Centre Hospitalo-Universitaire de Saint-Etienne, Maurice Berger dirige depuis 1993 un service destiné spécifiquement aux enfants (de 2 à 12 ans). A partir de la fin des années 1990, c'est sur le sujet de la violence des enfants qu'il s'est fait connaître. Il est alors progressivement devenu une figure revendiquée (Berger et al. 2007) de « spécialiste des enfants violents ». Sur la page de son site internet⁶⁷ comme dans quantité de ses articles, Maurice Berger affirme que cette spécialisation lui est venue « malgré lui ». Auteur prolifique, sa notoriété s'est constituée à travers ses nombreuses publications dans des revues savantes (il figure comme auteur principal ou coauteur dans plus de 70 articles sur le moteur de recherche Scopus⁶⁸) mais également par ses livres au titre souvent provocant (« Voulons-nous des enfants barbares? », ou encore « L'échec de la protection de l'enfance »), destinés à une audience plus large que le monde académique et professionnel de la psychiatrie. Berger assure des enseignements aux psychiatres et psychologues (il fut professeur associé de psychologie à l'Université de Lyon 2 entre 1992 et 2003). En outre, il livre des communications régulières dans les colloques et séminaires de ces professions mais également auprès des travailleurs sociaux⁶⁹ (par exemple : pour l'Association de Placement Familial en 2003, ou encore pour un centre de planning familial en 2004). A partir de 2000, le thème de ses interventions se resserre sur la question de la violence (« l'enfant instable », « le jeune violent »).

Lors d'un enseignement dispensé en 2009 à des étudiants en pédopsychiatrie sur le thème de « la violence des enfants »⁷⁰, Berger critique les références « sociologiques » selon lesquelles « pauvre égal violent », et leur reproche d'« occulter les causes psy ». Il cite comme argument « un rapport de 1972 sur la violence des enfants avant la crise et la précarité ». Puis Berger livre une description clinique de l'enfant violent, très essentialisée, qui est tout à la fois autonome de toute autre nosographie et distinguée d'une violence « délinquante ». Évoquant les enfants violents avec les termes de la souillure, Berger dénonce :

« Les universitaires de pédopsy ne s'y intéressent pas (...), ne veulent pas se salir avec ça (alors que) les colloques sur l'anorexie, ça fait bien ».

⁶⁷ Disponible sur : <http://www.mauriceberger.net>, consulté le 22 août 2012.

⁶⁸ Décompte à la date du 22 août 2012.

⁶⁹ Selon le Curriculum Vitae mis en ligne sur son site.

⁷⁰ Notes de terrain 4 mai 2009, pour tous les extraits qui suivent.

A toute critique formulée sur une essentialisation trop dure des enfants violents, Berger répond :

« Il faut aller à la commission des cas difficiles, c'est toutes les institutions (qui sont touchées par ce problème) ».

Ou encore oppose-t-il des arguments d'autorité :

« La violence des enfants augmente, je le dis au bénéfice de mon ancienneté ».

Lors de cet enseignement, Berger livre un discours affirmant tout à la fois le déclin de l'autorité et les vertus thérapeutiques et structurantes de la sanction. Cette rhétorique sert d'explication à la violence (supposée) croissante des enfants. Berger cite par exemple « l'interdit collectif qui ne marche plus, qui ne renforce pas le surmoi individuel » ou encore « les mères seules, l'éclatement des cellules familiales » et les « pères absents ». Puis, partant de ces conceptions sur la société et la famille, il établit le lien entre les enfants violents et « des générations de parents non protégés car non placés dans l'enfance eux-mêmes » qui font des enfants violents par « effet boule de neige ». Il explique les causes de cette violence tant en termes psychanalytiques que neurobiologiques. Il établit ainsi un modèle analogique entre le dispositif législatif (la protection de l'enfance) et le cerveau (la protection neuronale). Dans cette analogie, la mémoire « cortisol-dépendante » activée par le stress, que l'« on ne peut pas oublier » du fait d'un trouble de neuro-genèse irréversible, doit être protégée par le retrait des parents violents et le placement de l'enfant. Cette analogie entre deux formes de protection (biologique, sociale) peut être qualifiée de « savante » dans la mesure où elle fait appel à des notions issues de la recherche scientifique peu accessible au profane.

Dans ses écrits (surtout à partir de 2000) et ses interventions orales, comme dans cette observation, Berger tient des postures publiques reposant sur de telles analogies savantes entre clinique et politique. Il associe des justifications savantes (initialement exclusivement psychanalytiques puis, à partir de 2009, neurobiologiques) à des propositions politiques et législatives. Berger tient ces mêmes postures sur son site internet où il publie des textes en faveur de l'abaissement de l'âge de responsabilité pénale ou encore demandant une révision législative sur l'exercice de l'autorité parentale. Inlassablement, et en écho au discours politique et institutionnel contemporains (« plus violent, plus jeune et traité de manière laxiste »), Berger affirme l'augmentation de la violence des adolescents. Dans un article paru

en 2001, intitulé « Pourquoi est-il si difficile de penser le soin des jeunes extrêmement violents ? », il écrit :

« En France, la fréquence des actes violents augmente inexorablement, ainsi que la proportion de mineurs auteurs de tels actes, et ces mineurs sont de plus en plus jeunes et commettent des actes de plus en plus graves ». (Berger 2001, p. 215)

Même constat en 2007 : les « enfants » violents peuvent être âgés « d'un an et demi à 12-14 ans », ces situations sont « de plus en plus fréquentes ». Tout aussi inlassablement, il justifie l'usage de la contrainte. Celle-ci se porte ici tant sur les parents (qu'il faut pouvoir séparer de leurs enfants) (Berger et al. 2010) que sur les enfants ou les « jeunes » (qu'il faut pouvoir attacher ou enfermer s'ils sont violents). Dans ce même article de 2001 sur les « jeunes extrêmement violents », Berger décrit sa « surprise » lors de la création de son service d'hospitalisation pour enfants : « nous attendions des enfants en danger, nous recevions des enfants dangereux ». Berger se dit également surpris par :

« La réaction de nombreux soignants, ceux qui ne travaillaient plus depuis longtemps en psychiatrie adulte ou n'y avaient jamais travaillé, qui critiquèrent de manière incessante cette unité d'hospitalisation, même lorsque des résultats probants furent obtenus ». (Berger 2001, p. 216)

Il mentionne ensuite l'usage de l'enfermement et de l'immobilisation par des sangles pour des enfants de moins de 12 ans. Comme dans nombre de ses textes ultérieurs, Berger livre une triple justification à cette usage de la contrainte : elle est une nécessité qui s'impose à tous (c'est ce qu'on doit faire « malgré soi »), elle est justifiée par une autorité savante (psychanalytique au début des années 2000, puis neurobiologique), elle répond à un impératif moral de courage (celui de se confronter à la violence). Il écrit ainsi :

« Les thérapeutes de formation psychanalytiques et ils ne sont pas très nombreux qui ont accepté de se confronter au traitement des sujet violents (insistent sur la nécessité de) passer par une réponse physique contenant ». (*Ibid.*, p. 217)

Il précise ensuite que l'usage de contention avec des « attaches adaptées à leur âge (est une) méthode qui n'a rien à voir avec l'ancienne camisole de force » (*Ibid.*, p. 217). Cette remarque suggère le caractère dégradant et stigmatisé de l'exercice de la contrainte. Enfin, il regrette que « politiques, éducateurs, psychiatres, psychologues, psychanalystes (...) butent (devant ces) moments d'arrêt réfléchis » (*Ibid.*, p. 217). Dans un article de 2010, Berger reprend à nouveau l'analogie entre « protection de l'enfance » et « neuro-

protection » (Berger et al. 2010). Il explique que « les milieux éducativement très défaillants », engendrent un « stress permanent à cause des traumatismes relationnels précoces ». Ces parents défaillants produiraient chez le nourrisson une augmentation du cortisol sanguin, qui affecte certains aspects du développement cérébral. Ces éléments expliqueraient notamment « des réponses violentes automatiques » des enfants, et auraient des effets sur la mémoire et sur l'attachement. Berger recourt ici à des arguments neurobiologiques, qui, dix ans après le texte sur les « jeunes extrêmement violents » ont gagné en légitimité. La biologie prend la place de la psychanalyse, pour servir une même naturalisation de la violence. Là aussi, il mentionne des « obstacles idéologiques » en France qui entravent le développement de ses recherches. Berger avance avec la vague de la « décennie du cerveau » qui, presque 10 ans après les Etats-Unis, agite la psychiatrie française. Dans le monde anglo-saxon, cette conception cérébrale de la subjectivité est bien ancrée (Choudhury, McKinney et Merten 2012), et participe aussi à une naturalisation (biologique) de la déviance des adolescents à travers la notion neurocognitive de « prise de risque » (Barbalat et al. 2010).

Maurice Berger figure comme expert dans deux documents du corpus para-législatif. Dans le rapport Varinard de 2008, son audition appuie la description du mineur comme criminel froid :

« (Des) sujets jeunes très violents ou violeurs (qui présentent une) absence totale d'identification à la victime, facteur qui favorise la récidive ». (Varinard 2008, p. 1)

Maurice Berger figure également comme expert dans le rapport Zumkeller de 2009, où ses positions sur le placement éducatif et l'éloignement des parents sont citées.

Avec Philippe Jeammet et Michel Botbol, Maurice Berger fait partie d'un groupe restreint de psychiatres régulièrement auditionnés ou cités dans ces différents documents (Jourdain-Menninger et Strohl-Maffesoli 2004; Varinard 2008; Zumkeller et Warsman 2009) et qui partagent un certain nombre de caractéristiques. Ils sont tous trois auteurs d'un nombre important d'écrits, ayant particulièrement trait à l'adolescence difficile. Ces publications s'adressent tant à un public professionnel ou savant que profane. Les trois auteurs se citent souvent réciproquement. Ils sont également actifs dans l'enseignement et le monde académique, où ils occupent des positions de pouvoir plus ou moins marquées : Berger a été professeur associé de psychologie à Lyon, Botbol est, depuis 2011, professeur de psychiatrie à Brest, Jeammet est, au moment de l'enquête, professeur de médecine à Paris. Ils se

revendiquent de la psychanalyse, même si au moins deux d'entre eux (Berger et Jeammet) ont pris des distances avec les (ou ont été mis à distance des) instituts de psychanalyse : Berger revendique une « formation analytique »⁷¹, Botbol figure aux effectifs de la Société Psychanalytique de Paris (SPP)⁷², et Jeammet a publié de nombreux textes ayant trait à la psychanalyse mais il n'est plus inscrit à la SPP depuis 2012. A l'instar de Berger, ils tiennent tous trois des postures reposant souvent sur un rapprochement analogique entre clinique et politique.

Michel Botbol a, par exemple, co-écrit en 2010 un article intitulé « Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites », paru dans une revue de psychiatrie (Botbol, Choquet et Grousset 2010). Il reprend tous les éléments habituels de la construction de l'adolescence difficile dans la littérature clinique (le trouble des professionnels, la cause carentielle, le resserrement sur l'insoumission et le statut de pénal). Il se positionne, en outre, en faveur des dispositifs de contrainte avec les termes suivants :

« La délinquance de mineurs apparaît comme l'un des principaux enjeux de notre société démocratique, tandis qu'indépendamment de leur positionnement politique à droite ou à gauche, les gouvernements successifs ont pris plusieurs initiatives législatives qui convergent vers un renforcement de la place de la contrainte et de la sanction dans le traitement judiciaire de cette question ». (*Ibid.*, p. 230)

Citant les différents établissements contraignants (CEF, CER, EPM) et les mesures de liberté encadrée (avec obligation de faire ou ne pas faire certains actes, mesures de réparation, mesures d'activité de jour), Botbol estime qu'elles répondent à un « idéal type : celui de « l'aide contrainte médiatisée » (*Ibid.*, p. 230). S'inspirant des théories psychanalytiques classiques élaborées par Donald Winnicott dans les années 1950, mais également s'appuyant sur des citations de Philippe Jeammet, Botbol justifie ces mesures de contrainte car elles ménagent une « place majeure à la réalité externe dans la vie psychique des sujets concernés » (*Ibid.*, p. 224). L'analogie rapproche ici d'une part la réalité « solide » de la contrainte, prévue par des dispositions légales dans le cadre d'une orientation politique répressive, et d'autre part la réalité du « principe de réalité », concept psychanalytique

⁷¹ Selon le Curriculum Vitae mis en ligne sur son site.

⁷² Site internet : <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net>, consulté le 27 août 2014.

utilisé en psychothérapie. Autre posture politique de ce texte, Botbol décrit une figure du délinquant, opposée à l'adolescent difficile « bruyant » : il s'agit des mineurs « qui paraissent parfaitement intégrés dans un parcours délinquantiel « bien tempéré » et qui constitue une forme relativement « réussie » d'adaptation à leur environnement social » (*Ibid.*, p. 230). Ces mineurs passent inaperçus de la justice ce qui « contribue à l'exaspération sociale ». Ces propos se superposent à l'importance donnée dans le débat politique aux « incivilités », dont la pénalisation est croissante. Par ces différents arguments, Botbol donne une caution aux projets politiques contemporains réhabilitant, outre l'enfermement, les mesures de contraintes et de surveillance dans le suivi des jeunes délinquants. Botbol fut cependant signataire du collectif « pas de zéro de conduite » en 2005, prenant globalement partie contre ces mesures.

La ligne de démarcation théorique fonctionne ici plus fortement pour la psychiatrie que son inscription politique. Michel Botbol, comme nombre de psychiatres et psychologues contemporains, se dresse contre les projets de suivi et les constats de l'expertise de l'INSERM. Il prêche une énergie considérable à démonter les fondements scientifiques de ces recherches génétiques et neurocognitives comme réductionnistes et positivistes, et à dénoncer leur construction réifiante des enfants, « sujets en devenir ». Pour autant, il apporte caution psychanalytique à l'enfermement et à des mesures de contrôle potentiellement tout aussi intrusives et liberticides. A cette même période, Michel Botbol, Maurice Berger et Philippe Jeammet ont ainsi fourni un appui significatif à cette orientation répressive de la législation en produisant une justification clinique et une expertise sur l'adolescence difficile et la violence. Ces trois acteurs, que rapprochent différents niveaux de connections, assurent donc le lien entre l'adolescence difficile conçue et décrite par la psychiatrie, et son émergence dans les politiques publiques.

4. "Au commencement était l'agir" : ambiguïtés de l'expertise clinique sur la violence.

La littérature clinique contemporaine sur les adolescents difficiles présuppose qu'« au commencement était l'agir ». Pour ce faire, elle distingue deux types de violence : une violence propre à l'adolescence et une violence collective dite « de masse » (Forget 2004, p. 15). Celle-ci, semblable à celle de l'adulte, non spécifique à l'adolescent, appelle à une

répression. A cette violence commune est opposée une violence « adolescente » (Jeammet 2002), spécifiquement infanto-juvénile, individuelle, « pur(e) » (Pinel 2007, p. 110), qui signe une défaillance dans les processus psychopathologiques mais qui est également connotée d'une vitalité nécessaire. C'est cette forme particulière de violence qui fait l'objet d'un savoir spécialisé et d'une approche thérapeutique telle que la définit Botbol.

4.1. Une essentialisation méthodologique de la violence.

Extraite de considérations cliniques, cette conception binaire de la violence pénètre les politiques publiques à partir de la fin des années 1990 : elles distinguent la violence pathologique de l'« évolution sociologique d'un certain nombre de comportements des jeunes » (Jourdain-Menninger et Strohl-Maffesoli 2004, p. 3). Auditionnant ou citant ces cliniciens spécialisés sur les « jeunes extrêmement violents » (Berger 2001; Berger et al. 2007), les rapports insistent sur les défaillances familiales et sur « l'absence d'identification à la victime » chez les adolescents « très violents ou violeurs » (Varinard 2008, p. 1). Ce paradigme appliqué aux adolescents « difficiles » évoque celui auquel est affilié l'adjectif « anti-social », dont l'usage pratique dans les institutions sanitaires et pénales nord-américaines est fréquent. Pourtant celles-ci, contrairement aux institutions françaises, n'appréhendent pas la clinique à travers un filtre psychodynamique. Issu des travaux du psychiatre canadien Robert D Hare, ce diagnostic sert à la description de sujets « sans pitié, durs, dangereux, ne pouvant être amendés » (O'Shaughnessy 2004, p. 17). Ces criminels « froids », par essence incapables d'empathie et indifférents à la souffrance d'autrui, ne pourraient faire l'objet que d'un traitement punitif voire neutralisant (Rhodes 2004, p. 178). Le terme de « violence » est, quant à lui, à la croisée de plusieurs conceptions paradigmatiques distinctes. En psychopathologie, la violence est un phénomène lié aux propriétés individuelles et naturelles de l'individu. Son essence n'est pas nécessairement biologique et innée : elle peut se comprendre tant du fait de caractéristiques cérébrales et cognitives qu'historiques, infantiles et familiales. Dans tous les cas, elle existe en soi. La distinction dichotomique entre deux types de violence, individuel et collectif, rend possible la délimitation d'un champ d'étude, celui d'une violence individuelle essentialisée, hors duquel les théories cliniques ne sont pas légitimes. La distinction entre ces deux types de violence permet la construction d'une conception « conjonctive » (Genard 2009) de la

violence, associant liberté et déterminisme. En même temps, ce point de rupture entre violence essentielle de l'adolescent et violence collective n'est jamais l'objet d'une problématisation spécifique, pas plus que ne l'est le ciblage de la violence infanto-juvénile comme un objet clinique. Pourtant, si l'hallucination ou l'angoisse constitue volontiers des objets essentiels, c'est-à-dire inévitables, pour la psychopathologie clinique, il est difficile d'en dire autant pour la violence.

En effet, faisant écho aux ambiguïtés de cette littérature clinique contemporaine spécialisée sur l'adolescence, l'étymologie du mot « violence » renvoie à une même ambiguïté. Apparu au 18^e siècle dans la langue française, il servait initialement à qualifier un être humain emporté et brutal. Il a ensuite été utilisé pour désigner « un rapport de force visant à soumettre ou contraindre autrui ». Issu du latin « vis », « la force », il partage une étymologie commune avec le substantif « vigueur » (Muchembled 2008, p. 17). Cette lecture étymologique fait émerger un double niveau d'ambiguïté. D'une part, la violence relèverait autant d'une essence propre à l'individu (une personne est violente) que d'un jugement moral relatif à une relation entre individus (un rapport humain est jugé violent). D'autre part, elle peut être perçue tout autant comme illégitime et répréhensible que comme le signe d'une force vitale et nécessaire. C'est pourquoi la violence se définit relativement à un système de valeur au sein d'une culture, d'un groupe social et dans un contexte d'interactions. Ainsi les sociétés « régulent (la violence) et la canalisent plus qu'elles ne l'interdisent » (Dubet 1992, p. 3) et dans certaines circonstances, elle est légitimée. Cette conception duelle de la violence s'inscrit dans une longue tradition de la philosophie politique, de Thomas Hobbes à Norbert Elias, en passant par Sigmund Freud. Pour les jeunes en particulier, il existe une forme de violence socialement tolérée, à la fois explicitement condamnée et implicitement encouragée. Pour ces raisons, l'appréhension empirique de la violence est une tâche mal aisée. Comme le souligne Michel Naepels :

« à peine proposé, ce champ de recherche semble se déliter tant sa définition est délicate ». (Naepels 2006, p. 487)

Ainsi peut-on rendre compte des expériences hétérogènes de la violence ainsi que des formes de réaction sociale à leur expression.

4.2. Des rapports sociaux invisibles.

Or les conceptions cliniques *spécialisées*, reprises dans les politiques publiques, véhiculent l'idée d'une violence adolescente spécifiée, naturalisée, distincte de la violence adulte. Une telle conception essentialisée de la violence adolescente scotomise certains mécanismes en jeu dans sa construction sociale. Elle entre en contradiction avec la psychopathologie clinique *générale* qui, par méthode, écarte ces mécanismes sociaux mais sans les dénier pour autant. D'une part, en unifiant la violence et en la réduisant à un principe moral unique, elle ne la situe pas dans un rapport dialectique de tolérance et de légitimité. D'autre part, elle lui dénie ce qui la renvoie à une interaction dans un cadre social et moral particulier. Pour ces deux raisons, ces conceptions cliniques sont susceptibles de participer elles-mêmes à une « violence subjective » (Das et al. 2000) ou « symbolique » (Bourdieu 1970). Cette forme particulière de violence est décrite par le sociologue Michel Giraud à propos du « monopole de l'interprétation et de l'action psychologique » dans le travail éducatif au détriment d'une prise en compte du dénuement social des usagers (Giraud 2005). Le paradoxe de la « déterritorialisation » (*Ibid.*, p. 463) du mineur, retiré de sa famille puis exclu des établissements éducatifs, ainsi que les asymétries de pouvoir entre familles et institutions sont ainsi rendues invisibles par une individualisation psychologisante de la « souffrance ».

La catégorie des adolescents difficiles telle qu'elle se développe au tournant des années 2000 contient les ressorts d'une telle invisibilité : l'approche clinique de cette population marginale, en soulignant certaines vulnérabilités (psychique, éducative), masque les autres. Si les institutions se renseignent abondamment sur les caractéristiques psychologiques, scolaires et sanitaires des adolescents qu'elles traitent, elles ne prennent pas en compte leurs caractéristiques sociales : type d'habitat, classe sociale des parents et, à fortiori, caractéristiques ethniques ou migratoires (Barreyre et Fiacre 2010). Les rapports institutionnels se limitent à repérer une « ethnicisation des problèmes » et décrivent que les adolescents difficiles sont plus souvent « issus de l'immigration » et fonctionnent par « affirmation ethnique » (Boutereau-Tichet, Jourdain-Menninger et Lannelongue 2005, p. 17-18). Si la question de l'enregistrement de ces dernières données reste épineuse à juste titre (Eric Fassin 2010), divers éléments laissent à penser qu'elles participent à la construction des rapports sociaux avec la jeunesse. Peu après les « émeutes de 2005 »,

Robert Castel analyse la construction d'un discours sur les « jeunes des HLM⁷³ » (Castel 2013). Il montre comment cette population est littéralement assignée à l'idée d'extériorité, par une double rhétorique du ghetto et de l'exotisme, ce qui sert de contrepoint à ce que serait un hypothétique « centre » d'une « identité » française, appréhendée ainsi en négatif. Les ressources que ces adolescents et leurs familles pourraient mobiliser dans l'interaction avec les institutions sont conditionnées par ce paradigme. Or l'essentialisation plus ou moins bien tempérée de la violence des adolescents « difficiles » dans le filtre clinique ne permet pas de la lire comme une forme de réaction et de résistance à une domination sociale exercée sur la jeunesse. C'est ce défaut qui autorise la confusion entre blousons noirs et sauvages. La voie est ouverte, dès lors, à une interprétation de la violence comme innée ou naturelle chez certains adolescents, sans pouvoir ramener ce jugement aux dimensions sociales et culturelles mises en jeu. C'est sans doute la raison pour laquelle le terme « difficile » est systématiquement mis entre guillemets (adolescents « difficiles ») par les auteurs cliniciens qui pressentent, sans l'analyser, une telle ambiguïté.

Outre les aspects socio-économiques et les asymétries de pouvoir avec les institutions, la différence des sexes n'est pas non plus problématisée dans cette catégorie clinique. Pourtant divers travaux historiques et sociologiques suggèrent à cet égard une divergence de traitement des adolescents. Anne Thomazeau (Thomazeau 2007) montre que, dans les centres de rééducations entre 1945 et 1960, les conduites sexuelles des jeunes filles étaient particulièrement surveillées. À travers les différentes sources documentaires (rapports, lettres des internées, dossiers) qu'elle étudie, l'image de la rectification de la prostituée revenant dans le droit chemin est récurrente et justifie explicitement des méthodes coercitives telles « l'isolement » décrit par Sœur Dublanc. Véronique Blanchard (Blanchard 2011) s'intéresse à la violence des filles mineures à Paris dans les années 1950. En s'appuyant sur une étude des dossiers judiciaires de la Seine entre 1945 et 1965, elle souligne la faible proportion féminine dans le traitement pénal de la violence. Les filles ne représentent que 11% des affaires « contre les personnes » impliquant des faits violents. Par contraste, le ratio filles / garçons s'équilibre sur les mesures judiciaires civiles. Dans ce cadre civil, les filles « à protéger » sont alors prises en charge pour trois motifs : la fugue, la suspicion de prostitution et l'intempérance sexuelle. A cette période, ce n'était pas la

⁷³ L'expression de ce texte traduit en anglais est : « council estate youth »

violence mais la sexualité qui était considérée comme déviante chez les jeunes filles et qui faisait l'objet d'un traitement propre par la justice.

Le recours au placement voire à l'enfermement (isolement cellulaire, incarcération) vient donc traiter un « désordre moral » et constitue « non pas une peine sanctionnant un acte délictuel mais bien le résultat de l'estimation qu'il serait dangereux de laisser certaines adolescentes en liberté. ». Ainsi, Blanchard estime que :

« Les filles font bel et bien peur – non parce qu'elles frappent, mais parce que l'on craint de la vagabonde, par exemple, qu'elle devienne une prostituée. Le corps de la jeune fille n'est pas menaçant parce qu'il est doté de force, mais parce qu'il peut se livrer à la débauche. Les filles sont alors décrites comme des « rebelles », « vicieuses » et « amORAles ». Entre la figure de la victime coupable et de la coupable innocente, s'opère alors une réelle confusion des registres de la culpabilité et de la victimisation ». (*Ibid.*, p. 23)

Par ailleurs, le mouvement majoritaire est de médicaliser, voire de biologiser la violence des femmes, en renvoyant celle-ci à des fragilités psychologiques. La racialisation de la violence des filles (par exemple, les filles migrantes africaines sont « virilisées ») reste minoritaire dans la situation coloniale de la France à la période étudiée. Ces différences éclairent les normes sociales en vigueur, « associant les femmes à la douceur et leur violence à une pathologie » (*Ibid.*, p. 23). L'internement psychiatrique participe dès lors de la relative « invisibilité » judiciaire de cette violence.

Dans son enquête sur un service d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents en Ile-de-France, Isabelle Coutant pose, elle aussi, la question d'un traitement différent de la déviance selon le sexe : les filles seraient, d'une part « pathologisées », d'autre part plus fréquemment appréhendées « sous l'angle de leur vulnérabilité sexuelle » que les garçons, « plutôt orientés vers l'institution judiciaire et/ou carcérale » (Coutant 2012, p. 72, 77, 299)(Coutant 2012, 72, 77, 299). Ces éléments sont également étayés par diverses données démographiques, qui indiquent une très forte proportion de garçons (78%) chez les mineurs sous le coup d'une mesure pénale (Choquet et al. 1998).

La psychiatrie livre un discours contradictoire sur ces divergences entre garçons et filles. Une partie des études et des discours professionnels des psychiatres tendent à une naturalisation de cette asymétrie sexuée (Choudhury, McKinney et Merten 2012; Barbalat et al. 2010). Ainsi, du fait de leur développement cérébral, les adolescents seraient plus enclins, d'une

manière générale, à certains comportements « à risque » (« risk taking ») telle les bagarres, la conduite à grande vitesse ou la grossesse non programmée. La « plasticité cérébrale » à cet âge expliquerait ces comportements par la modification des processus cognitifs de décision (« suboptimal decision »). La différence d'organisation des hémisphères cérébraux du « teen brain » varierait selon les sexes, ce qui expliquerait les écarts dans ces prises de risques : elles seraient plus « externalisées » chez les garçons (violence, bagarres) que chez les filles (dépression, suicide). Ces théories, largement dominantes dans la psychiatrie anglo-saxonne, sont vivement critiquées en France. Ce fut le cas au moment de la publication polémique du rapport de l'INSERM sur le « trouble des conduites chez l'enfant » en 2005. Cependant, les contre-théories psychanalytiques avancées dans cette polémique recourent au même processus de naturalisation de la déviance adolescente, sans toutefois passer par sa biologisation. Roberto Toledo souligne que ces théorisations psychodynamiques usent du même « style de pensée » que les « principes hygiénistes » (Toledo 2012, p. 103) de l'anthropologie criminelle de la fin du 19^e siècle : l'individu violent est celui à qui il manque quelque chose. Partant de l'observation d'un ITEP, Toledo illustre le paradoxe des approches psychanalytiques organisant le travail : la créativité pratique des professionnelles est encouragée, tandis que celle des usagers « de double culture » est déniée voire méprisée. C'est en particulier le cas pour la « culture hip hop », dont la prise en considération pourrait générer une nouvelle perception des adolescents, renforcer leur capital symbolique et interroger ces implicites hygiénistes (*Ibid.*, p. 112). Ces théories servent donc potentiellement des usages politiques conservateurs dans le sens où elles rendent invisibles les rapports sociaux de domination et de résistance, et où elles font prévaloir les devoirs du futur citoyen (se conformer) à ses droits (être éduqué).

Synthèse et transition de la partie

C'est par l'assortiment de mesures hétérogènes, allant du soin en CMP à l'obligation de formation, qu'un projet « suffisamment contenant » peut être élaboré pour Vincent,

condamné pour une agression sexuelle. Il va ainsi pouvoir retourner « faire une expérience » dans la « toile d'araignée » qu'est sa famille.

La contenance est un concept développé dès les années 1960 par des psychanalystes pour désigner une disposition interne immatérielle. Il s'appuie à la fois sur l'étude du développement infantile précoce et sur la psychologie des groupes. Intégrés dans la transition contemporaine de la psychiatrie vers la santé mentale, des remaniements touchant à son usage lui permettent à partir des années 1990 de décrire des dispositifs concrets, et autorisent son extension à différents champs professionnels. Ce champ conceptuel se vulgarise et revêt dès lors un statut intermédiaire entre savoir savant et profane.

Appuyées par l'expertise de psychiatres spécialisés pour les adolescents difficiles, ces conceptions contemporaines de la contenance s'inscrivent dans les politiques publiques. C'est ainsi que s'élaborent, sur la base des réformes du droit pénal des mineurs, des hybridations institutionnelles prenant la psychiatrie pour pivot. Elles se destinent à proposer des degrés extrêmes de la contrainte, soit marginalisée au sein d'organisations reposant sur l'autonomie des adolescents, soit majorée dans l'enfermement. Ces arrangements institutionnels visent à traiter des individus à risque et ciblent des troubles psycho-sociaux indépendants des maladies

Les conceptions cliniques sur la contenance, donnant la primauté à l'agir de l'adolescent, reposent sur une essentialisation méthodologique de la violence juvénile. Loin de produire une réflexivité sur cette essentialisation, ses promoteurs recourent à des raisonnements analogiques entre dispositions législatives et savoirs psychopathologiques qui tendent à disqualifier la relativité sociale et culturelle de l'expérience de la violence. Celle-ci se retrouve alors dans un angle mort du regard clinique. La modulation théorique qui apparaît au cours des années 2000 sur ces savoirs, faisant passer le référentiel dominant de la psychanalyse aux neurosciences du développement, semble reconduire à l'identique le scotome de ces conceptions cliniques, héritières lointaines, via la psychanalyse, de l'enfance anormale et d'une prévention du crime. La mise en évidence de cet angle mort ouvre des pistes pour l'enquête de terrain.

Entre son émergence à la fin des années 1960 et son actualité dans les années 2000, trois vecteurs de développement de cette catégorie clinique sont à l'œuvre, qui sont autant de points d'incertitude pratique. Les adolescents difficiles existent-ils par eux-mêmes ou sont-

ils produits par les institutions ? Quand et comment est-il légitime de les contraindre ? Comment concilier l'idéal de l'autonomie et la nécessité de protection sociale, qui, comme dans le cas de Vincent, est tout à la fois celle de l'adolescent et celle de la société ? Ces incertitudes méritent d'autant plus d'attention que les institutions en charge des déviations juvéniles évoluent, tout comme leurs marges, au cours de ces trente années.

De plus, l'hypothèse d'une réification de la violence liée à l'usage pratique de la catégorie des adolescents difficiles doit également être mise à l'épreuve du terrain. Il nous faut décrire l'usage et les contestations professionnelles de cette catégorie, à la fois savante et profane, clinique et politique. Fait-elle consensus ? Si oui, comment y parvient-elle ? Si non, quelles lignes de partage entre professionnels suit-elle ?

Ce sont ces différentes ambiguïtés et incertitudes que l'enquête ethnographique va éclairer, au plus près du trouble des professionnels, là où l'action publique se met en actes et s'incarne.

TROISIÈME PARTIE: VULNÉRABILITÉ ET DANGÉROSITÉ

Introduction de la partie

Le réseau inter-institutionnel où se tient l'enquête ethnographique constitue une déclinaison locale des politiques publiques nationales dédiées aux problèmes (en particulier de coordination) que pose cette population. Placé sous cotutelle de deux administrations, le PJJ et le Conseil Général, le réseau est actif depuis septembre 2000. Durant cette même période, des organisations similaires et répondant à des appellations superposables se multiplient à travers la France. Le chapitre 6 relate l'entrée sur le terrain et s'attachera à décrire le travail transversal allant au-delà des frontières professionnelles que les acteurs y réalisent. Il montrera comment se fait en pratique l'affaïssement des secteurs institutionnels. Le chapitre 7 rendra compte de la construction des adolescents comme à la fois dangereux et vulnérables. Nous nous pencherons sur la symétrie des adolescents et des professionnels, sur la stigmatisation des adolescents et sur les stratégies des acteurs du réseau pour la contrer.

CHAPITRE 6 : AU DELÀ DES FRONTIÈRES PROFESSIONNELLES

1. Une situation paradigmatique : Sofian.

La situation du jeune Sofian, âgé de 13 ans, est présentée au réseau pour adolescents difficiles par l'éducatrice de l'ASE en charge du dossier⁷⁴. Elle est accompagnée par sa responsable hiérarchique directe (la « responsable enfance »), qui reste en retrait durant toute la réunion. Aucun des « partenaires » (psychiatre du CMP, éducateur de la PJJ, responsables de l'ITEP) ne les accompagne, ce que regrette l'assemblée et en particulier l'animatrice de la séance, Ghislaine Poncet. La situation de Sofian est la suivante : il réside depuis six mois environ chez sa mère alors que le juge a ordonné le maintien d'une mesure de placement. Sofian est en effet placé au titre civil⁷⁵ depuis l'âge de 11 ans et il est pris en charge en ITEP depuis cette période. L'année dernière, les divers « problèmes de comportements » de Sofian avaient conduit à des « séjours de rupture » de l'établissement de placement qui le recevait et à un renvoi de l'ITEP. Il a alors intégré L'Arc en Ciel, un établissement spécialisé du « dispositif de soutien aux professionnels » pour les « adolescents difficiles »⁷⁶ mis en place par le Conseil Général.

⁷⁴ Observations du 10 septembre 2012.

⁷⁵ Il convient de rappeler ici que le juge des enfants dispose de deux modes d'ordonnance d'un placement : le placement civil (article 375 du Code Civil) au motif de « l'assistance éducative », qui entend suppléer à des manquements du cadre éducatif familial ou soustraire le mineur à un danger ; et le placement pénal, encore appelé « placement ordonnance de 45 » par les acteurs de terrain, qui peut intervenir aux différentes étapes de la procédure pénale pour un mineur délinquant.

⁷⁶ Document du réseau, « Bilan des années 2008 à 2011 ».

Il y a 8 mois, Sofian a été mis en examen pour des faits qualifiés de « viol » sur un autre pensionnaire de son foyer d'hébergement éducatif. Il a alors été renvoyé de cet établissement. La responsable enfance à l'ASE insiste :

« En février, il s'est passé... on va dire : c'est un viol. C'est le mot qui a été mis par le tribunal ».

Après quelques semaines de séjours dans des établissements de placement d'urgence, Sofian est retourné vivre chez sa mère qui a « voulu le reprendre car il était malmené par les autres jeunes, tous plus âgés que lui » précise son éducatrice. Depuis, les demandes faites par celle-ci auprès de divers établissements d'hébergement ont toutes été refusées et il réside toujours chez sa mère. Sofian a, par ailleurs, commencé des « soins » en centre de jour et en Centre Médico Psychologique (CMP), ordonnés par le juge lors de sa mise en examen.

L'éducatrice de l'ASE formule clairement le problème que lui pose le cas de Sofian : suite à la mise en examen, le juge a demandé une « expertise » pour Sofian (expertise dont la compétence psychiatrique est, comme celle des « soins », implicite durant toute la séance). D'après l'éducatrice, qui précise ne pas l'avoir lue elle-même, l'expert conclut à la nécessité conjointe d'une « séparation » entre Sofian et sa mère et d'une poursuite des soins psychiatriques. Elle souligne le caractère incompatible de ces deux impératifs : le CMP se trouvant sur le secteur géographique d'habitation de la mère, elle ne peut pas trouver une structure de placement éloignée tout en maintenant les soins en cours. L'éducatrice de Sofian formule ce dilemme ainsi :

« Faut-il travailler à partir de chez la mère en proximité ou, comme le dit l'expert, faire une séparation par rapport à la mère ? ».

S'anime alors une discussion entre les membres permanents du réseau qui, dans un premier temps, semblent s'éloigner de cette question. A la suite d'Alain Nogent, directeur d'établissement éducatif, on propose un « cadre plus masculin » pour Sofian, comme par exemple un placement chez un assistant familial. Puis dans un second temps, alors que les divers refus du dossier de Sofian par les établissements de placement sont évoqués, la question de sa mise en examen pour des faits criminels arrive au centre de la discussion. Les différents participants échangent sur le positionnement subjectif de Sofian face à son « acte » : « il en dit quoi ? » ou encore « y a-t-il de la honte ? » se demandent-ils. Cette question, sous-tendue par celle de l'aveu ou du moins de la reconnaissance d'une

culpabilité, appelle progressivement celle de la dangerosité et du risque de récidive. Bien que légalement sous le régime de la présomption d'innocence (il est encore mis en examen), aucun des participants ne semble remettre en cause la culpabilité de Sofian car « il se vante de son geste » à l'ITEP comme l'a expliqué son éducatrice. Alain Nogent suggère qu'il pourrait ne s'agir que de « jeux entre enfants », ne constituant pas nécessairement une infraction pénale, mais les autres participants ne retiennent pas sa remarque. Ainsi, Sofian sera désigné à plusieurs reprises comme « auteur d'un acte ». Le refus du dossier de Sofian par les différents foyers sollicités par l'ASE apparaît alors clairement lié à cette dangerosité criminelle. « Il est refusé par rapport à son acte » estime Ghislaine Poncet, qui poursuit :

« Personne ne va s'engager sur une telle situation. Je tiens à souligner que c'est la première fois au réseau des adolescents en grande difficulté que nous avons une telle situation et cela pose le problème de l'articulation entre un projet individualisé et une prise en charge qui est forcément collective à un moment ».

Dans la suite de la discussion entre les membres permanents, la dangerosité se voit explicitée. En effet, Mr Nogent poursuit en soulignant l'impératif de contrôle et de surveillance qui découle des « difficultés » de Sofian :

« Il faut voir la complexité pour les directeurs d'établissement. Il y a des temps d'intimité, où les éducateurs ne sont pas toujours le nez sur le jeune ».

Alors que la dangerosité commence à se formuler, le traitement psychiatrique est convoqué, sous l'appellation de « soins ». A l'instar de « l'expertise » ou de la « santé » de Sofian, la qualité psychiatrique des soins est ici implicite. Le Docteur Gabrielle Dumont, psychiatre exerçant sur une unité d'hospitalisation à temps partiel pour adolescents, interroge l'éducatrice de l'ASE :

« Est-il accessible aux soins ? Y a-t-il une réflexion chez lui ? »

Diverses attitudes apparaissent alors chez les participants pour traiter ce problème posé par la dangerosité. Durant cette séquence, la tension devient palpable : les participants s'expriment à un rythme saccadé, adoptent parfois une voix posée pour contenir leurs émotions et échangent des regards de sous-entendus difficiles à interpréter. Mr Nogent s'interroge alors :

« Il ne manque pas des soins par rapport à l'injonction ? ».

Le Docteur Rémy Boissier, psychiatre et chef des services d'hospitalisation pour adolescents à l'hôpital psychiatrique, répond à Mr Nogent en rappelant que la contrainte de l'injonction judiciaire se porte sur l'adolescent :

« L'injonction de soin, elle est pour le patient, pas pour les professionnels ».

Le Docteur Boissier tente de nuancer la contrainte que la dangerosité porte sur les professionnels. Dans le même temps, il écarte l'usage de l'enfermement psychiatrique. Il rappelle que les demandes d'hospitalisation, qui en pratique lui sont presque toutes adressées, sont rarement fondées et doivent restées soumises à l'avis du psychiatre de l'hôpital (« une indication d'hospitalisation doit rester médicale », dit-il). Cette double posture indique deux implicites : l'interrogation porte ici non pas tant sur la quantité de soin que sur leur nature (hospitalière ou ambulatoire) impliquant ou non l'enfermement, et c'est en regard de la dangerosité que les soins actuels seraient insuffisants.

Karim Amzaoui, directeur d'un établissement éducatif, propose alors des stratégies pour lutter contre la stigmatisation qui pourrait frapper Sofian :

« Il n'est pas que ça, ce jeune. Il faut voir autre chose que les points négatifs dans un foyer. Il faut voir autre chose que les délits ».

Il propose de favoriser des rencontres avec les établissements sollicités afin de « discuter avant » sur le dossier de Sofian.

C'est alors une intervention du Docteur Boissier qui tranche l'incertitude des professionnels et abaisse le niveau de tension. La suite des échanges est marquée par une forte asymétrie entre le poids de la parole du psychiatre et le silence des travailleurs sociaux. Le Docteur Boissier demande quel est le diagnostic de l'expert psychiatre mandaté par le juge des enfants :

« Est-ce une psychose ? Un pervers ? Ça change tout... est-ce que ça va plutôt être un acte isolé ? La répétition ne s'envisage pas du tout de la même façon. »

L'éducatrice de l'ASE précise que l'expert a diagnostiqué une « psychose infantile ». « Il faut privilégier le lieu de soin, alors » répond le Dr Boissier. Dès lors, l'indécision entre éloignement et maintien des soins est tranchée : le réseau oriente sa discussion vers la seconde proposition et le placement devient secondaire puis optionnel. La suite de la discussion permet l'élaboration d'une réponse à la dangerosité de Sofian, qui était situé jusque-là hors des limites de toute organisation du fait de l'absence de mise en œuvre de

son placement. Alors que le « collectif » en foyer était repéré comme lieu d'une possible récurrence de Sofian, estimé coupable d'une conduite sexuelle répréhensible, à aucun moment la présence d'un petit frère de quatre ans au domicile familial n'attire l'attention sur un tel risque. Ghislaine Poncet propose de maintenir Sofian chez sa mère afin de « favoriser les soins au long cours » et envisage une « action éducative intensive » par l'une des associations agréées par l'ASE, s'adressant d'abord indirectement puis ouvertement à Françoise Olivier, la responsable de ce service qui est également membre permanent. Se pose en effet le problème du secteur géographique de Sofian, sur lequel ce service (assurant un suivi rapproché au domicile) n'intervient habituellement pas. Mme Poncet sollicite à demi-mot une exception pour Sofian, usant implicitement de sa position hiérarchique au sein du Conseil Général. Madame Olivier l'assure, visiblement avec réticence, de la participation exceptionnelle de son service. Cette solution du maintien à domicile fait d'autant plus l'unanimité que l'éducatrice de l'ASE décrit la mère de Sofian comme « ayant un lien de confiance » avec les travailleurs sociaux. « Il y a un potentiel mais il ne faut pas attendre » estime-t-elle.

A la fin de cette séance, Ghislaine Poncet s'apprête à lire les « préconisations » en présence de son responsable hiérarchique, le directeur de la Protection de l'enfance du Conseil Général qui vient de faire une entrée silencieuse mais remarquée à ses côtés pour assister au bilan d'activité annuel qui doit suivre. Le Docteur Dumont explicite alors la dangerosité de Sofian dans les termes suivants :

« Il est très excité dans son corps. **Il est en danger de viol constamment**⁷⁷. Il lui faut quelque chose de très cadrant ».

Cette formulation singulière signifiant « en danger de (commettre un) viol » résume la dialectique de la vulnérabilité et de la dangerosité qui a traversé toute la séance. Mme Poncet formule finalement les préconisations du réseau dans des « termes cliniques » :

« Il s'agit d'un jeune garçon qui n'a pas de parexcitation, je sais c'est un terme clinique, qui peut se retrouver envahi jusqu'au point de passer à l'acte. Ce qui nous pose le problème de l'admission d'un jeune auteur d'un acte délinquant sexuel. Comment ne pas le réduire à ça ? »

⁷⁷ Je souligne.

Le traitement de la dangerosité qui se construit ici est double. D'une part, la psychiatrie assure des « soins », adaptés à l'état individuel de Sofian et rendus possible par la « reconnaissance de son acte », témoignant d'une possibilité d'intériorisation du contrôle. D'autre part, le suivi éducatif « intensif » assure un soutien mais également une surveillance de Sofian, qui restera hébergé chez sa mère alors qu'une mesure de placement est ordonnée. Ici, les interventions successives des deux psychiatres permettent de traiter la question de la dangerosité et de réduire l'incertitude et le malaise des participants. Dans la seconde partie de cette même séance, consacrée au « bilan de l'activité » entre 2008 et 2011, plusieurs membres permanents du réseau évoquent ce sentiment d'inconfort, resté implicite durant la discussion initiale au sujet de Sofian. Faisant allusion à la tension qui règne durant les séances, Alain Nogent évoque :

« Une chaîne de pression. On est sous pression. (...) Un jeune pose problème, on voudrait le voir ailleurs et ailleurs c'est l'hôpital »

Il décrit ensuite l'apaisement que procurent souvent les séances du réseau. Le docteur Rémy Boissier reprend cette question de la « pression » et voit dans le réseau une forme de légitimation collective rassurante de la « prise de risque » :

« On doit partager le risque, on est dans la prise de risque en permanence. On l'écrit. Dans les institutions contenant comme l'hôpital, il y a moins de risque possible ».

Puis, à l'unisson avec Karim Amzaoui, il se réjouit de « l'évolution » depuis la mise en place du réseau pour adolescents en difficulté : « On se connaît mieux ». Et Rémy Boissier se satisfait : « les demandes d'hospitalisation ont diminuées ».

2. Présentation du terrain : le réseau pour adolescents en difficultés.

Cette séquence contient les éléments structurant l'activité de ce réseau pour adolescents en difficulté. Le problème de l'hébergement de l'adolescent y est invariant. Le malaise des professionnels et les tentatives (ici réussies) pour le réduire animent les réunions. L'adolescent est appréhendé à travers sa subjectivité et l'interprétation de « l'acte » occupe une place centrale dans la construction des cas. L'expertise clinique (formulée au cours de la réunion par le Dr Boissier) se tient dans une asymétrie discrète avec le silence (ici satisfait, d'autres fois contrit, mais toujours assidu) des travailleurs sociaux des foyers. La question de

la dangerosité des adolescents reste le plus souvent implicite et se voit toujours située dans une dialectique avec la vulnérabilité (dangereux / en danger). Son traitement appelle des mesures de soins et de contrôle. Une attention constante est portée au « bilan » ou encore à « l'évaluation » adressés à la hiérarchie administrative (incarnée cette fois-ci par le directeur de la protection de l'enfance du Conseil Général). Les réunions tiennent des fonctions implicites de socialisation professionnelle (« on se connaît mieux ») et d'apprentissage de stratégies informelles (obtenir une dérogation, présenter les dossiers avec habileté). Enfin, la prévalence d'un lexique « clinique » dans la construction des cas contraste avec l'absence quasi-permanente de référence aux caractéristiques de genre, d'ethnicité ou de classe des adolescents.

2.1. Les « membres permanents » et « ceux qui présentent ».

Réuni en commission à un rythme mensuel dans des locaux du Conseil Général, ce réseau examine à chaque séance deux cas d'adolescents jugés « en grande difficulté ». Les acteurs participant à ces réunions sont répartis suivant une ligne de démarcation explicite. D'une part, des « professionnels présentant la situation », ou « demandeurs », viennent soumettre, à leur initiative, le dossier de l'adolescent. D'autre part, les « membres permanents » représentent un vaste panel d'acteurs locaux gravitant autour de l'adolescence. Une liste de ces membres permanents est diffusée en annexe des rapports d'activité du réseau ou des convocations aux séances. Comportant une vingtaine de noms, elle réunit juges des enfants, travailleurs sociaux de la PJJ, responsables de structures d'hébergements des associations du département agréées par l'ASE (les « mandataires associatifs »), représentants des secteurs psychiatriques, des services d'hospitalisation psychiatriques pour enfants et adolescents, cadres des administrations concernées : l'Education Nationale, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH) et l'Agence Régionale de Santé (ARS). En pratique cependant, ne participent de manière régulière que les principales structures d'hébergements (au nombre de sept et représentées par leurs directeurs salariés), les équipes d'action éducative et d'hébergement de la PJJ (comme nous le verrons, leur participation a connu une évolution durant l'enquête), ainsi qu'un des directeurs adjoints de l'unique structure publique d'hébergement du département, placée directement sous tutelle du Conseil Général (Le Foyer Départemental

de la Famille ou FDF). La psychiatrie est également représentée à chaque séance, mais exclusivement par des psychiatres des services d'hospitalisation, les psychiatres des équipes de soins ambulatoires des secteurs n'étant jamais impliqués. Le Docteur Rémy Boissier, médecin chef de deux services d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents du département, est un membre très assidu. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Inspection Académique, la Direction Départementale des Affaires Sanitaire et Sociale (DDASS) puis l'Agence Régionale de Santé (ARS) à partir de fin 2011 envoient également un représentant régulier. Par contraste avec cet investissement de la hiérarchie psychiatrique représentée par des chefs de service et les médecins responsables d'unité, ces administrations ne délèguent que des agents subalternes aux réunions. Ainsi, Janine Levrant présentée comme « représentant l'inspecteur d'académie » de l'Education Nationale est en fait assistante sociale scolaire en collègue. Ni les enfants ou adolescents concernés, ni leur famille n'assistent à ces séances.

2.2. Les « dispositifs »⁷⁸ locaux pour adolescents difficiles.

Le réseau est présenté aux institutions concernées comme résultant d'une initiative conjointe de la PJJ et de l'ASE⁷⁹, et les séances se déroulent sous une double présidence de ces deux administrations. Les modalités de saisine du réseau (par un juge, par un travailleur social de la protection de l'enfance ou par un établissement associatif habilité), le principe de « co-pilotage »⁸⁰ par le Conseil Général et la PJJ tout comme les lieux prévus initialement pour les séances (alternativement à la Protection de l'enfance et à la Direction départementale de la PJJ) suggèrent une action partagée de ces deux administrations. Les faits indiquent cependant que le Conseil Général est le « propriétaire⁸¹ » principal de ces réunions. Leur organisation est essentiellement portée par le Conseil Général et en particulier par la personne de Ghislaine Poncet, directrice adjointe de la Protection de

⁷⁸ Dans cette thèse, le terme de dispositif renvoie à deux notions. D'une part, il s'agit d'un terme indigène utilisé par les acteurs de terrain et dans les politiques publiques pour désigner une réponse politique et institutionnelle à un problème ayant fait l'objet d'un repérage. D'autre part, ce terme renvoie à la pensée de Michel Foucault sur l'articulation du savoir et du pouvoir. L'usage des guillemets souligne ici ce premier type d'usages.

⁷⁹ Document du réseau : Bilan des années 2008 à 2011.

⁸⁰ Document du réseau : *Ibid.*

⁸¹ Au sens de Gusfield (Gusfield 1989), nous détaillerons cette analyse plus loin.

l'Enfance. De plus, les commissions se déroulent dans les faits exclusivement dans les locaux de la direction départementale de la Protection de l'enfance, au sein d'un des bâtiments centraux du Conseil Général situé en centre-ville. Enfin, la saisine du réseau vient presque exclusivement des services de l'ASE.

Les juges pour enfants sont totalement absents des commissions, alors que plusieurs de leurs noms figurent sur la liste des membres permanents (en particulier celui de Nicole Ivernois, présidente du Tribunal pour enfants). Fait nouveau d'après les membres permanents ayant participé à l'activité du réseau avant 2006, cette vacance de la place des juges se doublera d'un recul net de la participation, puis d'une absence complète, de la PJJ parmi les membres permanents⁸². Cette forte asymétrie d'activité entre l'ASE et la PJJ suggère une remarque humoristique d'une assistante sociale de l'hôpital : « le Conseil Général lave son linge sale » (sous-entendu : en famille), faisant référence à la nature essentiellement interne de cette organisation.

Comme l'indique Ghislaine Poncet ainsi que divers documents internes de la Protection de l'enfance, le réseau participe à un ensemble de « dispositifs de soutien aux professionnels » en charge des « jeunes en difficultés ». Ces « dispositifs » sont inscrits au « Schéma Départemental » de la protection de l'enfance, document programmatique produit par la direction de la protection de l'enfance et qui fait l'objet d'un vote pluriannuel par les élus. Outre le réseau pour adolescents difficiles, ces dispositifs se déclinent en deux volets. D'une part, ils comportent deux autres réunions fonctionnant suivant des modalités similaires et reposant sur une analyse teintée de réflexivité autour de situations problématiques. L'une traite les dossiers de « jeunes adultes handicapés », l'autre organise une série de réunions superposables à celle du réseau mais qui sont suivies sur un même cas. D'autre part, ces « dispositifs de soutien » incluent L'Arc-en-Ciel, un établissement associatif « pour pré-adolescents et adolescents dits « incasables » »⁸³, incorporant une Maison d'enfants à caractère social à un ITEP et salariant, outre l'équipe éducative, deux psychiatres. Enfin, il faut préciser qu'il existe un « DU ado difficiles » depuis 2004 dans une université de la région où se déroule l'enquête, adossé à la faculté de médecine et coordonné par un professeur de pédopsychiatrie.

⁸² Entre début 2011 et fin 2012.

⁸³ Document du réseau : dossier de presse sur la solidarité, Conseil Général, 2009.

A l'instar de la Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles de Nice ou de l'Établissement de Placement Éducatif et de Traitement de la Crise de Suresnes cités en exemple des « réponses mixtes » par les rapports Varinard et Zumkeller, l'Arc-en-Ciel est financé par différentes administrations (PJJ, ARS, Conseil Général). Comme ces autres dispositifs spécialisés pour les adolescents difficiles prévus par les politiques publiques, l'Arc-en-Ciel est un établissement « à part » dans son usage de la contrainte. Les éducateurs et le psychologue y ont développé une technique spécifique de gestion de la crise. Un binôme professionnel, habituellement deux éducateurs, intervient auprès de l'adolescent violent. L'un des professionnels immobilise l'adolescent dans un corps-à-corps maîtrisé, l'autre surveille l'intervention en s'assurant qu'il n'y a pas de « débordements ». La crise est ensuite « reparlée » en équipe. Cette modalité d'intervention a deux justifications. La première est sportive : les éducateurs, qui sont comme les adolescents presque exclusivement de sexe masculin, sont recrutés pour leur « physique à part », leurs capacités athlétiques « de haut niveau » ainsi que l'indique un des psychiatres intervenant dans la structure⁸⁴. La référence à la boxe est omniprésente, l'éducateur surveillant la contention est dans un rôle « d'arbitre », assurant la sécurité et le respect des règles de conduites de son coéquipier. L'un des éducateurs de l'Arc-en-Ciel, qui a également suivi une formation de psychologie, a développé des conceptions faisant l'analogie avec ce sport de combat⁸⁵. La seconde justification est, en effet, clinique. Elle est appuyée par des psychiatres et psychologues de formation psychanalytique lacanienne qui interviennent sur la structure. Parmi ceux-ci se trouve le Dr Dumont, qui prend sa retraite à la fin de cette enquête. Elle intègre alors l'équipe de l'ITEP travaillant avec l'Arc-en-Ciel. Selon les conceptions cliniques qu'ils développent, l'intervention en binôme représente une contention, reprise ensuite dans la discussion en équipe pour lui trouver un sens dans l'histoire du jeune et assurer une enveloppe institutionnelle. L'éducateur qui contient est symboliquement pris dans le jeu transférentiel de l'adolescent, celui qui contrôle tient le rôle de tiers et incarne la Loi symbolique structurant l'adolescent. Il est remarquable que ces pratiques de contrainte, légitimées à l'Arc-en-Ciel du fait de la spécialisation de cet établissement pour le public des adolescents

⁸⁴ Observations du 4 décembre 2014.

⁸⁵ Entretien avec le Dr Boissier.

difficiles, soient dans la plupart des structures où travaillent les acteurs du réseau, des pratiques soit taboues soit explicitement illégitimes.

Selon la formalisation actuelle, l'activité du réseau a débuté en septembre 2000. Ses organisateurs revendiquent alors ne pas être un « bureau d'orientation ou de placement » apportant une « solution immédiate », mais plutôt un « lieu de rencontre entre différents acteurs éducatifs, médicaux, sociaux, judiciaires »⁸⁶. En effet, le réseau prend, à cette période, la suite d'une organisation bien moins formelle, portée individuellement par quelques responsables départementaux de l'ASE, et représentée par des réunions peu systématisées pour les cas problématiques. Répondant à des noms plus prosaïques mais également informatifs (« bureau des placements », « commission des cas bloqués », « bureau des orientations »), cette organisation a alors la fonction d'aider les travailleurs sociaux à trouver une solution d'hébergement pour les jeunes confiés à l'ASE. Souhaitant se départir de cette seule recherche de « solution » au profit d'une activité plus réflexive, le réseau a ensuite été en activité sur une première période allant de septembre 2000 à 2006. Puis, après une interruption de près de 2 ans, il a été réactivé en septembre 2008. La raison de cette interruption n'apparaît pas clairement, mais elle est sans doute plurielle : départ du précédent responsable départemental de la Protection de l'Enfance, échéances électorales cantonales (en 2004 et 2008) ayant différé le nouveau Schéma Départemental...

2.3. Interprétations et conseils pratiques.

L'analyse des dossiers se fait le plus souvent en deux temps. Les participants reçoivent en début de réunion un document court (sous forme d'un tableau) récapitulant succinctement des caractéristiques du dossier : état civil de l'adolescent et de ses parents, composition de la fratrie, dates des mesures éducatives et pénales, types d'établissements fréquentés répartis en trois catégories : « au titre de la protection de l'enfance », « au titre du soin » et « au titre du handicap ». Après une brève description de la situation par ceux qui présentent, une discussion entre membres permanents s'ouvre. Elle vise à formuler deux types de propositions : des interprétations et des conseils pratiques. Les interprétations de la situation sont exclusivement individuelles, portant sur la subjectivité de l'adolescent (son « fonctionnement », « ce qu'il en dit ») et sur les liens familiaux. Ces interprétations

⁸⁶ Document du réseau : bilan d'activité des années 2000 à 2005.

répondent toutes à la qualification de « clinique », proposée par Mme Poncet, même si tous les acteurs n'utilisent pas aussi volontiers qu'elle des termes psychopathologiques.

D'autre part, les membres permanents formulent des conseils pratiques visant à guider « ceux qui présentent » dans leurs démarches. Parfois, il s'agit de recommandations sur la manière de construire un dossier pour limiter les risques de refus par les établissements éducatifs ou médico-sociaux que l'ASE sollicite. Particulièrement attentif à la stigmatisation qui peut entacher un dossier, Karim Amzaoui insiste régulièrement sur la nécessité d'un contact humain plutôt qu'administratif : prendre un rendez-vous ou téléphoner à l'établissement afin que le « jeune » ne soit pas « limité à ça ». Il souligne également l'intérêt de ne pas proposer des dossiers « tout construits » aux établissements éducatifs, estimant que ceux-ci sont intéressés (et donc plus enclins à accepter l'adolescent) s'ils ont l'initiative d'organiser eux-mêmes le projet. D'autres fois, il s'agit de « petites stratégies » (comme le formule Charles Gauthier) pour guider le travail des professionnels demandeurs : le nom d'une personne à contacter dans une administration, l'ordre dans lequel une demande doit être faite à différentes instances bureaucratiques. Plus rarement, l'un des membres permanents propose (ou se voit proposer, comme Françoise Olivier dans le cas de Sofian) une intervention directe dans la prise en charge. Ce statut ambigu des membres permanents, à la fois interprètes distants de la prise en charge et acteurs impliqués, suscite leur malaise et fait l'objet de discussions récurrentes.

Ces différentes propositions des membres permanents, constituées par les interprétations et les conseils pratiques, sont synthétisées en fin de séance par l'une de deux présidentes de la séance (Ghislaine Poncet ou la représentante de PJJ) sous forme de « préconisations », dont il est régulièrement précisé qu'elles ne « donnent pas une orientation ». « Le rôle du réseau n'est pas de trouver une solution d'hébergement » aime à rappeler Ghislaine Poncet. Comme l'indiquait la volonté initiale de se démarquer du « bureau des orientations » et le choix d'une dénomination évoquant la réflexivité, ces préconisations indiquent une volonté de traiter, tout en s'en distanciant, la demande d'une « orientation », c'est-à-dire, en termes pragmatiques, d'une place dans un établissement assurant une fonction d'hébergement. A l'issue de la réunion, ces préconisations sont résumées et consignées par Mme Derbak-Thomas, secrétaire de Mme Poncet.

3. Une accessibilité trompeuse

L'accès au terrain m'est apparu de prime abord aisé, et je pensais faire l'économie du processus de négociation qui y est fréquemment associé (Darmon 2005; Derbez 2010). Pourtant ce n'est que dans un second temps que la distanciation d'un terrain proche m'a permis d'identifier les frontières moins immédiatement visibles qu'il recelait. Mon statut professionnel de jeune psychiatre, ma relative inexpérience auprès des adolescents et ma faible socialisation préalable avec les autres membres permanents contrastaient avec l'expérience et l'assurance de Rémy Boissier et de Gabrielle Dumont. La participation d'un troisième psychiatre était perçue positivement par les deux « co-pilotes » du réseau. Ces éléments m'offraient la possibilité de participer de manière passive aux réunions, une position qui semblait initialement plus confortable pour observer cette scène sociale. Il n'y avait donc, en apparence, aucune démarche particulière à faire, aucun « gatekeepers » (*Ibid.*, p. 105) à intéresser pour accéder à ce terrain. Ma situation contrastait avec celle d'un sociologue de la faculté, qui a également participé à plusieurs séances en tant qu'observateur durant mon enquête. Il n'a pu participer aux réunions du réseau qu'après plusieurs mois de démarches préalables auprès de Mme Poncet. Le cours de l'enquête m'a confirmé que cette facilité d'accès était particulièrement liée à mon statut de psychiatre hospitalier.

Si je n'avais le plus souvent aucune difficulté à me tenir silencieux et à prendre des notes durant les commissions, je ne pouvais que rarement faire abstraction de mes jugements et de mes interprétations personnelles. Ainsi, je ne manquais pas de me sentir concerné lorsque les travailleurs sociaux se plaignaient de l'absence de « réponse des soins » au sujet des dossiers présentés. C'était Rémy Boissier, souvent prompt à répondre à ces critiques, qui prenait alors la parole pour expliquer de manière très normative et injonctive ce que la psychiatrie pouvait ou ne pouvait pas faire. S'il ne le faisait pas, je prenais spontanément ce relais, et, dans tous les cas, ma prise de note et mon attention s'en trouvaient perturbées. Durant les premiers mois de mon enquête, je me trouvais surpris (pour ne pas dire aveuglé) par l'autorité manifeste de Rémy Boissier, l'orientation qu'il semblait quasi systématiquement apporter à l'examen des cas. De la même façon, je m'interrogeais sur l'absence des magistrats, contrepartie manquante à cette autorité des psychiatres me

semblait-il. Ce faisant, je ne pouvais pas percevoir le silence des travailleurs sociaux, leurs difficultés à se faire entendre ou leur complaisance à se taire. Je regardais le terrain avec le regard médical issu de ma formation, surinvestissant le point de vue des professions dominantes et leur capacité de catégorisation. Je négligeais les ressorts du consensus que pouvait créer le Docteur Boissier, leur attribuant une sorte de légitimité « naturelle » du fait de leur pertinence psychiatrique.

Par ailleurs, mon appartenance à ces professions dominantes me fut rappelée lorsque je sollicitais les travailleurs sociaux pour des entretiens. Je notais la récurrence des réponses qui m'étaient faites : on me recevait à deux, voire à trois. Ce fut le cas pour Karim Amzaoui et Marc Favier. Tous deux issus d'une longue promotion interne (de moniteur non diplômé à directeur dans le cas de Mr Favier), mettant tout deux en avant leur origine de quartiers populaires stigmatisés « un peu chauds », ils me donnaient à voir une forte cohésion entre professionnels face à l'enquêteur. Ainsi, dans cette séquence où j'aborde avec lui son parcours professionnel, Karim Amzaoui s'appuie sur Luc, l'éducateur qu'il a invité à venir se joindre à nous. Ils abordent tout autant qu'ils mettent en scène la « solidarité » :

Yannis Gansel : Donc quand vous disiez que vous avez une expérience avec la jeunesse, c'était déjà avant d'être éducateur spécialisé ?

Karim Amzaoui : Ah oui, oui, oui... à partir de 16 ans, 15- 16 ans, 17 ans, j'avais déjà... mes petites expériences. Il rigole parce que (*se tourne vers Luc*)... ils se moquent de moi souvent. Ils me disent : quand je pars, si je vois un jeune avec une casquette, je l'amène ici (*rires*).

Luc : Ouais des fois, on prend des risques, pfft... si par exemple moi je conduis, on prend le risque qu'un jeune il se retrouve derrière.

KA : Ouais : qu'est-ce que tu fais là ? Et Hop !

L : Ouais, qu'il soit questionné sur sa présence.

KA : Parce qu'on ne parle plus aux jeunes. Une fois, on était au collège, c'était avec toi (*Luc acquiesce*), tous les deux. On voit des jeunes vers le portail, on leur dit « alors vous êtes pas en cours ? » « Non, non monsieur, on va rentrer, on va rentrer ». On n'ose plus parler aux jeunes, alors que nous... voilà, on ne les connaissait pas quoi. C'est un phénomène de société, la société a beaucoup évolué.

L : C'est la question de la solidarité qu'il y a derrière.

Je notais que les acteurs appartenant à des catégories socio-professionnelles plus proches de la mienne (comme Nicole Ivernois, présidente du tribunal ou encore Ghislaine Poncet) ne recourraient pas à ce mode de réception, pas plus que les directeurs d'établissements éducatifs issus de formations académiques (comme Benedict Cristin). Les psychiatres me recevaient également seuls.

Mon statut de psychiatre me donnait « de droit » une entrée au réseau. Je n'avais à négocier avec aucune hiérarchie car il m'affiliait de fait à un membre dominant de la hiérarchie locale. Les travailleurs sociaux qui me recevaient en groupe ne faisaient que rétablir la nécessaire « convention d'égalité » (Hughes 1997, p. 286) rendant l'entretien possible. Le retard systématique de Karim Amzaoui lors de nos entretiens fait également partie de ces mécanismes rétablissant une convention d'égalité. De manière récurrente au début de nos entretiens, celui-ci me salue, puis s'excuse en mentionnant l'importance ou l'urgence d'une « situation avec un jeune », me condamnant à une attente devant son bureau. Je suis alors ostensiblement observé par les adolescents de son foyer. Faire attendre, c'est exercer une forme d'autorité personnelle, mais c'est également souligner le caractère précieux, pour ne pas dire sacré, du « jeune » qui prime sur le reste. En rencontrant cette stratégie chez mes enquêtés, je faisais aussi l'expérience d'une forme « d'assignation à résidence » (Darmon 2005, p. 108). La psychiatrie y avait une place mais celle-ci lui était désignée à l'avance.

Il m'est apparu dès lors plus heuristique de travailler à partir de ma position de psychiatre, plutôt que de tenter de neutraliser mon regard professionnel. Même en m'éloignant de l'hôpital, et malgré ma relative jeunesse, la naïveté dont bénéficie l'anthropologue qui arrive sur un terrain ne m'était pas vraiment offerte. Il me fallait « étudier quelque chose dont on fait partie » (Faulkner et Becker 2008) et repérer l'attribution d'un statut d'*insider* ou d'*outsider* dont je pouvais faire l'objet. Je pus alors m'appuyer sur ma socialisation dans le monde psychiatrique pour identifier un fait resté implicite : ce sont exclusivement des psychiatres de services hospitaliers qui assistent aux commissions. En effet, Gabriel Dumont est médecin responsable d'une unité d'hospitalisation à temps partiel, Rémy Boissier est chef de service d'un département comportant trois unités d'hospitalisation et je suis missionné pour « représenter » mon service hospitalier. Ghislaine Poncet avait adressé une invitation aux divers hôpitaux psychiatriques. Alors même qu'ils représentent la vaste majorité des pédopsychiatres praticiens des hôpitaux, aucun médecin des structures de soins ambulatoires des secteurs n'y a répondu. Contrairement à ce qu'avait pu me laisser

penser la prévalence du lexique « clinique » dans la construction des cas, ce n'est pas tant la psychiatrie comme corpus d'analyse, de savoir ou comme pourvoyeur de légitimité qui est convoqué, que l'hospitalisation, sa part de contrainte et d'enfermement. Le malaise que je percevais lorsque les travailleurs sociaux jugeaient « insuffisante » la réponse des services hospitaliers relevait donc de plusieurs ressorts complexes. D'une part, j'étais confronté au sentiment d'une forme de responsabilité face aux perturbations de l'adolescent, suggérant la question de la dangerosité et de la vulnérabilité. Mais j'avais également fait l'expérience inverse, éprouvant une forme de malaise lorsque je proposais une intervention psychiatrique et que celle-ci se voyait refusée. Ainsi, au cours d'un des premiers mois de l'enquête, je suis intervenu pour proposer des soins psychiatriques pour un jeune Yanis lors d'une commission⁸⁷.

L'assistante sociale de l'ASE qui suit l'enfant : « Yanis a exprimé son mal être lorsque sa mère était fatiguée. Il faisait des crises de violences, se mettait en danger physiquement. (...) Un petit élément peut déclencher l'angoisse chez lui. Il avait une violence psychique qui envahissait la famille d'accueil et ça a été une fin de prise en charge dans la famille d'accueil. Il a été placé pendant les vacances chez Mr X, en ferme éducative. Depuis, ça se passe très bien. La première crise le premier soir a été cadré par Mr X. Yanis a vu qu'une punition tient toujours. Depuis, il n'a plus son traitement Risperdal. »

Yannis Gansel « Dans les préconisations pour Yanis, il faudrait envisager les soins »

Karim Amzaoui « Il y a trop d'intervenants pour lui, il est charmant ce petit, il ne relève pas des soins ».

Initialement, j'avais été surpris d'entendre Karim Amzaoui rejeter mon idée sur ce ton ironique. J'ai relu cette séquence un peu différemment deux ans plus tard. Après avoir interviewé Mr Amzaoui, alors que nous étions sur le point de nous quitter et que nous échangeons sur l'organisation respective de nos services, j'ai eu la surprise de l'entendre reparler de ce jeune Yanis, dont il avait depuis la charge. Il se demandait s'il n'avait pas « besoin de soins » et m'interrogeait sur le type de consultation psychiatrique vers laquelle il fallait l'orienter. Je l'interrogeais sur la présentation de cet enfant au réseau deux ans plus tôt, mais il ne semblait pas s'en souvenir. Dans l'idée de conclure par une réciprocité ce

⁸⁷ Observations du 15 juin 2009.

temps d'échange où il m'avait offert sa disponibilité et sa parole, je lui donnais alors quelques conseils pour l'aider à se repérer parmi les services de secteur et lui proposais de recevoir cet enfant en consultation si toutefois il en voyait l'utilité.

Cette séquence suggérait que la place de l'adolescent dans les dispositifs conditionnait les jugements dont il faisait l'objet. J'ai alors compris le premier refus ironique des « soins » comme une stratégie, souvent portée par Mr Amzaoui lors des réunions, visant à éviter la stigmatisation de cet enfant « charmant ». J'ai également éprouvé que le malaise des membres permanents du réseau repose sur l'ambiguïté de leur statut. D'une part, ils se voient convoqués à une place distante, d'un « regard extérieur » renvoyant à une expertise. D'autre part, ils sont susceptibles d'avoir été, d'être ou de devenir acteurs de la prise en charge de l'adolescent. C'est ce qu'illustre a posteriori le cas de Yanis. C'est aussi ce que suggère la délégation qui m'a été faite de « représenter » le service où je travaille.

L'idée d'une autorité « naturelle » et univoque de la psychiatrie s'est donc progressivement fissurée, laissant la place à l'observation de la communauté « clinique » formée autour de l'adolescent, aux préoccupations complexes pour la violence individuelle mais également institutionnelle qui font les « difficultés » et la « souffrance » des adolescents et à des formes alternatives et plus implicites de hiérarchie face aux cas.

4. Les membres permanents : récits des parcours.

4.1. Le « co-pilotage » du réseau.

Les deux animatrices reflètent l'asymétrie dans la codirection du réseau. Durant toute l'enquête, Ghislaine Poncet reste l'unique représentante du Conseil Général. Trois directrices PJJ, toutes trois fonctionnaires à la Direction Départementale, se succèdent à ses côtés pendant cette période : Valérie Quentin jusqu'en juin 2010, Raphaëlle Maillet de septembre 2010 à janvier 2013, puis Bénédicte Cristin à partir de janvier 2013. Outre cette permanence, Mme Poncet a eu un rôle actif dans la reprise des commissions en 2008. Mme Poncet préside la séance dans les faits, indiquant les règles de fonctionnement aux nouveaux venus. En comparaison de l'activité et de l'autorité de Mme Poncet, les différentes directrices PJJ tiennent une place secondaire. Si Bénédicte Cristin, qui a déjà fréquenté le

réseau comme membre permanent, sera une co-animatrice active, Mme Quentin puis Mme Maillet ont un rôle bien plus passif dans les réunions. Elle se limitent plus souvent à une formulation des préconisations à la fin de séance, exercice discret mais important, car les préconisations font l'objet du rapport écrit sur la séance et résument les différents débats et réponses suggérés par le réseau. Elles interviennent aussi ponctuellement sur des questions juridiques spécifiques, concernant le suivi pénal de l'adolescent. Pendant la seconde moitié de sa participation aux séances, sur le courant de l'année 2012, Mme Maillet est à plusieurs reprises absentes du fait de problèmes de santé. Mme Poncet annonce son décès en janvier 2013, à l'occasion de la présentation de Mme Cristin comme nouvelle co-directrice du réseau. Comme nous le verrons, cette annonce est l'occasion d'une discussion sur la vulnérabilité des professionnels.

Ghislaine Poncet, âgée d'une cinquantaine d'année, est issue d'une formation académique initiale en Institut d'Etude Politique puis a intégré la fonction publique territoriale. Elle a été en poste de direction dans l'établissement de placement éducatif public appartenant au Conseil Général (le Foyer Départemental de la Famille, FDF) avant de prendre ses fonctions de directrice adjointe de la Protection de l'enfance. Elle met en avant sa formation complémentaire en master « clinique » à la faculté de psychologie, qu'elle a suivie en 2006. Reprenant mots pour mots le texte programmatique qu'elle a rédigé pour le réseau, elle définit les adolescents en grande difficulté comme ayant des « difficultés multiples » et poursuit sur le lien social « mis à mal » et sur le « ramollissement » de l'autorité.

Ghislaine Poncet : Ce que je suis en train de vous dire c'est Ghislaine Poncet qui parle, c'est...je suis pas forcément dans une position « ASE institution ». (...)

Yannis Gansel : Pourquoi faire cette distinction entre Ghislaine Poncet et la Protection de l'enfance ? Est-ce que c'est parce que dans vos fonctions au Conseil Général, vous êtes tenue à un devoir de réserve par rapport à vos opinions politiques ?

GP : Non. Parce que toute la dimension clinique et psychanalytique... voilà, moi je... j'essaie d'avancer aussi avec cela dans l'institution. Mais ce n'est pas une position institutionnelle. Mais voilà, je peux dire : c'est au sein de cette institution qu'il y a un dispositif de réunions suivies sur les adolescents difficiles... qu'il n'y a pas forcément dans d'autres institutions. Ça veut dire que cette dimension, elle peut être prise en

compte, pas toujours à la hauteur de ce qu'on souhaiterait, mais voilà. Il y a de belles avancées. Ce que je veux dire, c'est que moi, là, je viens d'avancer un certain nombre de convictions que mon institution ne mettrait pas en premier ».

Elle révèle à cette occasion son attachement à la psychanalyse. Cet attachement est présenté comme une démarche personnelle et une forme de militantisme en partie transgressif. Mme Poncet espère infléchir les orientations de son administration. Elle cite les « réunions suivies » qui font partie du même ensemble de dispositif de « soutien aux professionnels » que le réseau des adolescents en grande difficulté. Le souhait inlassablement porté par Ghislaine Poncet de se démarquer de la question de « l'orientation » témoigne de cet idéal de réflexivité des professionnels inspirée par la psychanalyse.

« Le réseau, c'est aussi développer une nouvelle forme d'analyse de la pratique » dit-elle plus loin.

Pour autant, lorsqu'elle décrit son activité de cadre administratif, essentiellement bureaucratique, Mme Poncet formule les problèmes organisationnels et réglementaires qu'elle doit résoudre. De ce fait, elle ne se réfère pas à des cas typiques, comme le font les acteurs (travailleurs sociaux ou psychiatres) plus directement engagés dans la mise en œuvre des actions institutionnelles auprès des adolescents. Cet écart sensible de discursivité renvoie à des types d'acteurs (ou d'activités) différents au sein du réseau : l'un du côté de la prise de décision, l'autre du côté de l'exécution de l'action.

Bénédicte Cristin a une trentaine d'année. Elle est issue d'une formation universitaire en droit et a intégré la PJJ (en 2003) comme directrice recrutée sur concours. Depuis la fin des années 1990, la PJJ fait l'objet de plusieurs réorganisations successives. Au moment de l'enquête, deux parcours jusqu'aux fonctions de direction coexistent : d'une part, la promotion interne depuis un poste d'éducateur, qui avait été le parcours le plus commun ; d'autre part, le recrutement sur concours avec un niveau académique de première année de master, suivi d'une formation en un an. Cette seconde modalité de recrutement, qui est celle de Mme Cristin, a été privilégiée par les réorganisations contemporaines de l'administration. Durant la plus grande partie de l'enquête, elle occupe un poste de directrice d'un établissement d'hébergement (Le Centre éducatif de Villette). Sur la dernière partie de l'enquête (à la fin 2012), elle évolue vers un poste de cadre administratif, comme conseillère

technique à la Direction Départementale. Elle assure dès lors la codirection du réseau avec Mme Poncet, prenant la suite de Mme Maillet. Bénédicte Cristin explique avoir échoué à plusieurs concours administratifs (notamment celui de l'école de la magistrature) à l'issue de son diplôme de master avant de passer celui de direction à la PJJ. Lors d'un emploi salarié (comme assistante de justice) effectué au tribunal, elle a rencontré une directrice PJJ charismatique, « femme de caractère », venue pour des audiences chez le magistrat. Elle décrit l'intérêt pour la marginalité (« un public que je ne connaissais pas bien ») et l'idéal d'une « liberté » dans les fonctions de direction que cette rencontre lui a fait connaître.

Bénédicte Cristin : « Finalement on se plaint beaucoup mais on est quand même assez libre. Si j'ai envie de mettre le paquet parce qu'il faut faire un dégagement avec un gamin et que j'ai envie pour ce gamin de le récupérer, je vais demander à un éducateur de faire 3 jours, de partir en roulotte avec le gamin, je sais pas où. Enfin, ça c'est des choses que je peux me permettre sans en informer, enfin...c'est des choses qu'on peut faire en interne. »

Parmi les membres permanents, deux psychiatres (Rémy Boissier et Gabrielle Dumont) et trois directeurs d'établissement éducatifs associatifs (Karim Amzaoui, Charles Giraud, Alain Nogent) sont des participants réguliers et actifs lors des réunions. C'est également le cas de Marc Favier, directeur éducatif, responsable d'une structure d'hébergement faisant partie de l'unique et vaste établissement de placement appartenant au Conseil Général (le FDF). Il existe quatre autres associations gérant les établissements éducatifs dans le département, mais elles sont représentées de manière moins régulière et par divers travailleurs sociaux (parfois le directeur, parfois un adjoint) comme Youcef Chourfi.

4.2. Des participants discrets.

Trois autres acteurs participent régulièrement aux commissions mais adoptent une position discrète, presque toujours silencieuse, durant les réunions. Il s'agit de Janine Levrant, assistante sociale scolaire, Juliette Philipon, assistante sociale à la MDPH et Corinne Derbak-Thomas, secrétaire de Ghislaine Poncet au service de protection de l'enfance.

Mme Derbak-Thomas, âgée d'une cinquantaine d'année, a la charge de rédiger les comptes-rendus des réunions, qui résument les discussions sur le dossier. Elle y consigne les préconisations formulées en fin de séance. Elle réalise également les procédures

d'évaluation du réseau : contacter à distance l'assistante sociale ayant présenté le dossier et compiler de données annuelles sur les situations présentées.

Janine Levrant, la cinquantaine, est assistante sociale scolaire. Mme Poncet la présente de manière emphatique aux professionnels venus pour la situation comme « représentant l'inspection académique ». Janine Levrant souligne l'inconfort de cette inadéquation avec la réalité de son statut dans son administration.

Janine Levrant : « Mme Poncet dit que je représente l'académie, c'est un positionnement en fait un peu délicat. »

Son affectation se répartit entre deux établissements scolaires affiliés à des milieux sociaux distincts, et elle s'appuie sur cet écart pour développer une connaissance des cas « difficiles ».

Janine Levrant : « Je vois la différence entre les deux quartiers où je travaille, l'un est dans un quartier populaire, l'autre est un établissement professionnel dans un quartier aisé. Les cas les plus difficiles sont ceux d'élèves dont les mamans avaient une pathologie mentale. C'est donc plus l'entourage que le jeune lui-même qui est difficile. »

Julie Philipon partage avec Mme Levrant un statut subalterne dans son administration et une grande discrétion au cours des réunions. Elle met en avant des motivations très générales à son activité d'assistante sociale (« être utile aux autres ») et souligne son inexpérience professionnelle. Agée d'environ 25 ans, elle est le membre permanent le plus jeune du réseau. Julie Philipon a pris ce poste contractuel (donc temporaire) à la MDPH à la fin de l'année 2010, à sa sortie de l'école d'assistante sociale. Elle y a une activité essentiellement bureaucratique (sur dossiers), à distance des usagers. Elle apprécie les apports « théoriques » que lui procure cette activité mais se plaint du manque de « contact avec les familles ». Fin 2012, elle ne renouvelle pas son contrat et cherche une activité en milieu hospitalier et médico-social (dans un ITEP). Elle participe aux commissions sur injonction de sa hiérarchie : « c'était prévu comme ça, ma responsable m'a dit que j'y allais ».

Julie Philipon : « « Il y a certaines personnes qui interviennent plus que d'autres. Certains directeurs d'établissement ou bien les pédopsychiatres, que je trouvais très intéressants. Je pense que la capacité d'analyse des situations, elle s'affine au fur et à mesure des années d'expérience et pour moi c'était intéressant de voir dans une situation des choses qui ne m'étaient pas forcément venues à l'esprit ».

Son silence au cours des réunions ne lui procure pas d'insatisfaction. Si elle perçoit leur solennité et une forme de hiérarchie, plaçant Mme Poncet et le Docteur Boissier comme des figures d'autorité, elle ne s'est pas sentie « brimée » dans l'accès à la parole. Elle a adopté une position passive et de retrait justifiée par son manque d'expérience professionnelle et son besoin d'apprendre. Cette position est aussi celle d'Amandine Lepin⁸⁸, assistante sociale de l'hôpital venue ponctuellement aux réunions du réseau.

4.3. Les psychiatres : figures d'autorité « naturelle ».

A l'opposé de cette discrétion, Rémy Boissier est un psychiatre très actif ainsi qu'un membre régulier et prolixe lors des séances. A l'instar de Mme Cristin, il décrit un intérêt relativement intellectuel pour les adolescents, porteurs de « pathologies complexes ». Agé d'une cinquantaine d'années, il fait remonter le début de son orientation professionnelle vers les adolescents à l'expérience avec les « toxicos qui ont un fonctionnement adolescent ». A la fin de son clinicat⁸⁹, il a ouvert un service d'adolescents au sein d'un grand hôpital psychiatrique du département avec l'aide du professeur Fontaine, son chef de service d'alors. Après avoir abandonné les premières démarches d'une carrière universitaire, il est désormais chef de service non universitaire et a depuis développé d'autres activités destinées aux adolescents. L'unité d'hospitalisation pour adolescents, créée en 1994, s'est construite sur les vestiges d'un service « de déficitaires ». Divers types de patients, certains devenus adultes, y étaient accueillis de manière indifférenciée et permanente depuis leur enfance au motif de handicaps physiques ou mentaux lourds. Le Docteur Boissier cite l'élaboration de cette unité pour adolescents avec le Professeur Fontaine, qui s'est appuyé de manière ambiguë sur la notion d'adolescent difficile.

Rémy Boissier : « J'ai élaboré le projet avec Fontaine, j'étais très d'accord sur des choses, il avait fait un projet dans le sens d'adolescents difficiles. D'emblée il y avait un problème de compréhension de ce terme-là. Pour lui, c'était dans le sens d'adolescents qui avait des problèmes psychopathologiques complexes, ce qui fait l'indication maintenant. Mais dans la tête de tous les autres, c'était le lien avec la

⁸⁸ Observations du 20 février 2014

⁸⁹ Poste hospitalo-universitaire contractuel de deux ans, généralement occupé par les médecins après la formation initiale de l'internat.

justice. Il y avait la crainte qu'on se récupère tout ce que la justice voulait mettre du côté de la psychiatrie. Ce qu'on connaît en permanence, quoi. Mais il avait mis cela car c'était ce qui permettait d'avoir des budgets. Fontaine avait des liens avec la préfecture, il y avait ce qu'on appelait la commission de la délinquance à l'époque. Sur le plan financier, ça a permis de débloquer un peu du côté de l'hôpital, alors que la direction était plutôt opposée. »

Gabrielle Dumont a une soixantaine d'années et se montre aussi loquace au cours des séances. Son parcours professionnel ressemble à celui de Rémy Boissier. Elle a participé à la mise en place d'une unité d'hospitalisation pour adolescents (« l'hôpital de semaine »), construite à partir de 1988 sur les vestiges d'espaces asilaires non spécialisés et assurant un hébergement au long cours pour des situations diverses d'inadaptation sociale d'enfants ou d'adolescents.

Dr Dumont : « Moi, j'étais avec les « grands », comme on disait. En fait, c'était plutôt des pré-ados, des 9-14 ans, et on faisait des hospitalisations qui pouvaient durer des années. Puis, les ados sont arrivés, nous avons monté l'hôpital de semaine dans l'idée de travailler avec les partenaires d'emblée. Quand je dis : les ados sont arrivés, en fait, c'était surtout qu'avant on les refusait tout simplement. La demande était souvent une demande de relais de la part des structures, des foyers, de l'ASE, etc. avec des gamins qui venaient au départ pour 24h et qui étaient encore là 5 ans après. Moi, j'ai toujours pensé qu'il fallait sortir de ce modèle de l'hospitalisation temps plein au long cours. Les ados qu'on reçoit ne sont pas construits, pas globalisés. Alors il leur faut divers lieux pour exprimer divers petits bouts d'eux. Il a fallu souvent le répéter, mais au fil des années, nos partenaires ont compris. »

Depuis la création de cette structure, elle en est médecin responsable, mais n'a pas gravi les échelons hiérarchiques vers la chefferie de service comme ce fut le cas pour le Docteur Boissier. Comme celui-ci, elle souligne son intérêt pour la marginalité des adolescents :

Dr Dumont : « La motivation, je l'ai trouvée sur place, dans la rencontre de tous ces ados, ceux qu'au départ on renvoyait ».

Elle revendique également sa « formation psychanalytique ». De manière plus proche des travailleurs sociaux, elle met en avant sa parenté avec les usagers comme un des ressorts de sa motivation professionnelle :

Dr Dumont : « Ça doit toucher à ma propre adolescence. C'est une question de sensibilité personnelle. Pour pouvoir les accueillir, il faut forcément que ça nous touche, pour qu'on puisse avoir un minimum d'empathie... »

4.4. Les travailleurs sociaux et la parenté avec les adolescents.

Cette parenté avec les adolescents est très saillante dans le discours des travailleurs sociaux siégeant aux commissions. C'est le cas de Charles Giraud, de Karim Amzaoui ou encore de Marc Favier. Ces deux derniers me reçoivent en compagnie d'un ou deux éducateurs de leur établissement, dans une mise en scène de cohésion. Tous trois sont issus de parcours plus traditionnels de directeurs, suivant des promotions internes depuis des statuts sans qualification académique initiale. Ainsi, Charles Giraud explique pourquoi « éduc', c'est un peu un boulot de raté, parce que je veux dire que moi j'ai été en échec scolaire ». Il décrit les adolescents avec qui il travaille comme des « grands décrochés » et il souligne la parenté avec son propre parcours social : « il faut que ça résonne un peu », dit-il.

Charles Giraud : « Le plus grand décrochage c'est quand même le décrochage scolaire...ce qui m'a probablement –je peux le dire maintenant- même sûrement amené à investir ce côté de la rééducation. Moi j'ai été en échec scolaire et par ailleurs pas très bon sur certains secteurs : français, histoire et géo et puis gym, musique... Sauf qu'à l'époque il fallait avoir toutes les bonnes cases. Maths et langues, mauvais et boum, voilà... Donc quand on a été exclu soi-même ça peut amener aussi à s'occuper des exclus. »

De la même manière, Marc Favier estime que son parcours social le rapproche des adolescents dont il s'occupe :

« Quand je repense à quand moi j'étais gamin, dans mon quartier avec tout ce que j'ai fait, j'aurais dû être placé 10 fois. »

Agé d'environ 50 ans, Mr Favier cite son origine d'un quartier populaire comme premier lieu d'une expérience où parcours personnel et professionnel se confondent. Il nomme le quartier des Jonquilles, fortement stigmatisé et associé à l'histoire d'émeutes urbaines au cours des années 1980 :

Marc Favier : « Moi j'ai vraiment commencé en 81. A l'époque je faisais l'animateur aux Jonquilles, c'était la première année où il y avait la révolte des banlieues –moi je

suis issu un peu de ça- j’habitais là-bas aussi à l’époque voilà. Donc j’ai tout connu là-bas : les premières voitures brûlées, la « marche des beurs » à l’époque, je ne sais pas si vous en avez entendu parler ? »

Un discours similaire se trouve chez Karim Amzaoui, environ 45 ans, qui cite son origine sociale en précisant avec un peu de retenue « un quartier... un peu chaud » et associe expérience personnelle et professionnelle.

Karim Amzaoui : « J’ai pratiquement tout le temps travaillé en lien avec des jeunes, ça ne date pas d’aujourd’hui. D’abord, dans mon quartier, très jeune, dans le quartier où j’habitais. Puis des séjours à l’étranger avec des jeunes. »

Fils de commerçant, Charles Giraud est issu d’un milieu rural et catholique. C’est un homme d’une cinquantaine d’année. Il mentionne également le quartier des Jonquilles, et réduit l’écart avec son propre parcours social en s’appuyant sur une expérience initiatique de « voyages » lointains dans des régions connues pour leur insécurité. Dans la séquence qui suit, il exprime son regret et sa désapprobation devant la « peur » et « l’intolérance » dont font preuve les « jeunes » éducateurs qu’il recrute et qui sont parfois « tétanisés » devant les adolescents.

Yannis Gansel : « Et qu’est-ce qui fait que les gens soient aussi tétanisés, c’est leur manque d’expérience, c’est leur formation ?

Charles Giraud : « C’est une espèce de peur, il est vrai que maintenant, même sur le plan social, les gens sont dans de la précarité par rapport à leur boulot, ça insécurise, on en connaît tous, où les gens ne savent pas trop... La sécurité ou l’insécurité, c’est d’abord un sentiment qu’on ressent, qui est bien sûr lié à des raisons objectives mais des fois on peut être dans des contextes qui ne sont pas forcément sécurisants et ne pas avoir forcément le sentiment d’insécurité. Je le dirais tout simplement, moi j’ai voyagé quand j’étais jeune dans des conditions extrêmement précaires où probablement ma vie ne valait plus grand-chose et je n’avais pas du tout le sentiment...

YG : « D’insécurité ?

CG : « D’insécurité. Alors bon il y avait la jeunesse qui est un peu inconsciente... Il reste que non... Et c’est là qu’on s’aperçoit aussi que des fois, on a traversé des zones, des bidonvilles de cités réputées extrêmement dangereuses -dans lesquelles par parenthèses il ne m’est rien arrivé-...

YG : « Oui ? Vous, c'était à quelle... ? »

CG : « En Afrique. Bon des fois, des moments d'insécurité... mais voilà ! Et là on se dit « On n'est pas dans des favelas non plus », mais on a l'impression que la peur est très, très vite présente. Donc je crois que ça c'est aussi... Alors après, je dirais à titre personnel, sur un plan politique, oui certains politiques jouent sur cette peur, cette notion de sécurité ou d'insécurité est un enjeu politique. (...) Un soir je suis allé récupérer un gamin, au temps où j'étais chef de service, le hasard a fait que je suis allé à minuit chercher un gamin aux Jonquilles... Bon, je n'en menais pas trop large. La seule personne que j'ai rencontrée m'a dit « Bonjour » ou « Bonsoir », ce à quoi j'ai répondu... Mais bon voilà, c'est pour dire que je n'étais pas très...(...) Bon je ne suis pas froussard, mais bon on est plus vigilant, on sait que dans ces quartiers-là, la nuit, il se passe des choses... Alors tout s'est bien passé, mais je veux dire que ce n'est pas pareil que dans d'autres endroits... »

Chez ces trois acteurs, ce n'est donc pas tant la parenté réelle ou imaginaire avec les usagers qui est remarquable que sa préséance dans la présentation qu'ils font d'eux-mêmes et de leur « raison d'être »⁹⁰ auprès des adolescents. Cette parenté, évoquant la position des « ex-pro » (ex-usagers devenus professionnels), permet d'être plus tolérant, maître de soi et permanents dans sa présence auprès des adolescents. On ne déclenche pas le « plan ORSEC » si on a soi-même fait l'expérience d'une adolescence troublée. Cette parenté sert une forme de légitimité, reposant sur la tolérance vis-à-vis de comportements déviants des adolescents (« les gamins », « les jeunes ») et la disqualification des professionnels « sortis de l'école ».

Karim Amzaoui : « Nous, on a le souci du gamin, je dis pas que les autres ne l'ont pas. Mais, ce travail ne peut s'accomplir que si on a des gens qui ont une culture, de tolérance... et qui se sentent disponibles aussi. »

Outre cette fonction de légitimation, la parenté revendiquée avec les adolescents indique la façon dont ceux-ci sont construits. Ainsi, la référence aux « quartiers chauds » de banlieue fortement stigmatisés (comme les Jonquilles), générant la peur de l'extérieur (chez Mr Giraud) ou la honte de l'intérieur (c'est avec précaution que Mr Amzaoui mentionne le

⁹⁰ L'expression est de Jean-François Gaspar (Gaspar 2012), nous la discuterons plus loin.

caractère « chaud » de son quartier) est une constante. Ces trois acteurs s’y rattachent, soit par leurs origines familiales soit par leur rapprochement biographique (« les voyages » exotique qui ont formé la jeunesse de Charles Giraud). Ces discours indiquent la façon dont les adolescents eux-mêmes sont construits : dangereux, vulnérables et stigmatisés.

5. L'absence des juges et les réformes judiciaires

5.1. Le magistrat absent : entre vulnérabilité et autorité.

Nicole Ivernois a un statut particulier dans le réseau. Juge des enfants, présidente du Tribunal des mineurs, elle participe aux commissions par son absence. Inscrite de manière constante sur la liste de membres permanents, elle ne se rend à aucune séance durant toute la durée de l’enquête. Agée d’une cinquantaine d’année, elle reçoit avec une simplicité qui contraste avec la solennité du tribunal situé dans un bâtiment récent à l’architecture ambitieuse et dont l’accès est contrôlé par les services de police. Son bureau est vaste, décoré de photos noir et blanc d’enfants pauvres, dans la lignée classique de l’agence Magnum. Durant l’entretien, deux adolescentes viennent frapper à sa porte et la salue d’un chaleureux « bonjour Madame Ivernois » avant de s’éclipser sans donner plus de raison sur leurs déambulations dans les couloirs du Tribunal. A l’instar de Bénédicte Cristin, Nicole Ivernois cite la « rencontre » au hasard d’un parcours académique comme origine de son choix de travailler avec les adolescents :

Nicole Ivernois : « Je suis rentrée dans la magistrature comme ça, après avoir tenté et réussi le concours. Je suis rentrée dans la magistrature avec une vision extrêmement naïve de ce qu’on y faisait. Dès le début, à l’école de la magistrature et dans les stages qu’on fait, les gens que j’ai rencontrés dans les fonctions enfants ont été des gens exceptionnels, ouverts, faisant preuve d’intérêt pour plein de choses... ce qui n’est pas le cas de tout le monde. J’ai été assez en lien avec ces gens-là. (...) Pour moi le métier de juge a des résonances, quel que soit les fonctions qu’on occupe. Il y a une dimension humaine qui existe quand on est juge des enfants bien sûr, mais quand on divorce les gens aussi et quand on les condamne aussi. Ce que je ne suis pas par contre, c’est plutôt les juges très civilistes. Je ne suis pas une passionnée du droit civil et des fissures dans les cheminées et les piscines. Ça, ça me plaît moins.

Mais tout ce qui est autour du contact, quel que soit la manière dont on l'aborde, m'intéresse, y compris quand c'est pénal. »

Une petite scène observée dans la salle d'attente de Mme Ivernois⁹¹ :

Assis dans la salle d'attente, un couple attend l'audience avec leur enfant. Deux travailleuses sociales les accompagnent et discutent avec eux du retard des magistrats. Une note indique sur le mur « vous avez été convoqué par le magistrat, vous serez appelé individuellement, il n'est pas nécessaire de vous présenter au greffe ». L'une des deux professionnelles est Mme S, une assistante sociale de l'ASE qui participe également à deux commissions du réseau durant l'enquête. Elle compare le cabinet du juge avec le « médecin à la campagne ».

Cette séquence comme dans le discours de Mme Ivernois établit un parallèle entre juge et médecin. Y figurent des similarités avec celui du Docteur Boissier et de Mme Cristin : « l'ouverture », l'intérêt intellectuel (médié par la psychanalyse et les sciences sociales) pour les adolescents et le « contact » avec cette population marginale, vulnérable et méconnue (« C'est souvent les jeunes qui n'en ont pas de la cohérence, c'est dur pour eux »). Un autre élément fait écho au discours du Docteur Dumont, ainsi qu'aux travailleurs sociaux : la référence à une forme de parenté, de « résonance » entre le parcours personnel et les adolescents.

L'absence individuelle de Mme Ivernois n'est pas commentée au cours des séances, mais les participants regrettent régulièrement celle « des juges ». Le cas échéant, Mme Poncet assure que ce sont des problèmes « d'agenda » et le manque de disponibilité qui explique cette absence. Les autres acteurs ne suivent qu'en partie cette interprétation officielle donnée au cours des séances. Ainsi Mme Cristin explique :

Bénédicte Cristin : « Je pense que (les juges) ne viennent pas d'abord parce qu'ils sont beaucoup sollicités, au-delà de leurs dossiers. S'ils s'éparpillent dans beaucoup d'instances ça me paraît compliqué. Et puis clairement je pense qu'ils n'ont pas envie d'être mis en cause. Les réunions, ça fait 2 ans que j'y participe, souvent j'entends quand même en dessous de ce qui peut être dit : « oui mais là le magistrat a pas... »

Mme X (cite un magistrat pour enfants en charge d'un dossier examiné au cours d'une séance récente) c'était en gros le bon et le méchant. Il y avait un peu cette

⁹¹ Observation 26 septembre 2011

dimension-là. « Mais comment ça se fait que le magistrat a accordé le droit de visite ? Bah ! Oui on a écrit au magistrat mais il a pas répondu... » Alors comment se positionneraient les travailleurs sociaux en face d'un juge ? Est-ce que la parole serait aussi libre ? Je sais pas. Moi, en tous cas je trouve que ça serait intéressant parce que ça permettrait aux magistrats de transmettre aussi leurs difficultés, leurs propres difficultés, quand ils sont face à un dossier, quand ils sont face à des dizaines de travailleurs sociaux. Voilà : je pense que c'est dommage ».

Mme Cristin souligne les rapports d'autorité et de contestation entre magistrats et travailleurs sociaux, mais également la vulnérabilité (« les difficultés ») de ceux-ci, qui ajoute une symétrie avec les adolescents.

Gabrielle Dumont fait écho à ces propos, indiquant les similarités entre la position du psychiatre et celle du juge au cours des réunions. Elle fait ici référence à la première phase d'activité du réseau, avant 2006, où les juges étaient présents :

G Dumont : « J'y étais déjà dans la première mouture, c'était très différent... il y avait quelqu'un avant Ghislaine Poncet, je ne me souviens plus de son nom. Et puis, il y avait toujours la justice, le juge des enfants en général. Moi, je trouve que la place du psychiatre est difficile globalement dans ces réunions. (...) Lorsque le juge venait, c'était moins psy. Lui aussi était très écouté. Il apportait quelque chose, il occupait une place solennelle. »

Cette remarque du Dr Dumont suggère l'accroissement de la place de la clinique (« c'était moins psy ») depuis la reprise d'activité du réseau.

Mme Ivernois revient également sur sa participation aux commissions avant 2006.

Nicole Ivernois : « Je n'y vais plus mais c'est faute de temps. Il y a juste une chose que je trouve pas évidente, c'est que c'est un lieu où des institutions très en souffrance déposent leurs difficultés et un lieu où on est censé réfléchir un peu à la situation des jeunes. Mais je trouvais pour le coup que c'était un lieu où on pouvait parler avec la pédopsy. « Là, nous on entend ça, on proposerait ça etc. » Il y a des collègues qui ne veulent pas y aller parce qu'ils ont l'impression que c'est un lieu où on va leur demander de faire ci ou de faire ça. Et qu'ils ont pas envie, ils se sentent un peu instrumentalisés. »

Les mêmes arguments sur la position d'autorité professionnelle partagée par les magistrats et les psychiatres, ainsi que sa contestation (être « instrumentalisé ») se retrouvent dans le discours de Mme Ivernois et du Dr Dumont.

5.2. Participation de la PJJ et réformes contemporaines.

Fait nouveau d'après les membres permanents ayant participé à l'activité du réseau avant 2006, la vacance de la place des juges se double d'un recul net de la participation des fonctionnaires la PJJ à partir de 2011. Il y aura même plusieurs périodes d'absence complète parmi les membres permanents et ce jusqu'à ce que Mme Cristin reprenne la co-animation des réunions. Outre l'asymétrie dans l'organisation du réseau, l'absence de la PJJ peut être mise en rapport avec les « évolutions de (cette) administration » pour reprendre l'analyse de Mme Cristin. Nous avons déjà décrit le contexte général des préoccupations sécuritaires sur la délinquance des mineurs, des réformes judiciaires successives et des réorganisations de l'Etat social. Mme Ivernois reconnaît le lien entre ces réformes structurelles et la participation des magistrats aux activités du Conseil Général, et en particulier aux réunions du réseau.

« Depuis 2007, les financements par la justice se sont réduits... réduits! L'Etat a balancé sur les collectivités locales tout ce qu'il pouvait. C'est vrai que les magistrats désertent des dispositifs généralistes comme le schéma départemental, sauf moi car c'est sur ma fiche de poste. La consultation est de pure forme, mais les décisions sont adoptées en interne au Conseil Général avec les associations habilitées. Nous, on a été mis de côté. Mais malgré tout, les juges des enfants sont des gens têtus au niveau du terrain et ils continuent à suivre leurs dossiers. Je ne pense pas que le problème soit là pour le réseau des adolescents en difficulté. Les juges continuent à se déplacer dans les services ou dans les hôpitaux pour parler de cas précis qu'ils ont dans leur bureau. C'est vrai que la loi nous a déplacés, il y a de l'administratif et après du judiciaire. Mais je crois que dans le concret des familles, on n'est pas encore déplacé. Ce qui a à voir avec l'autorité, l'autorité parentale, et qui peut intervenir lorsque ça va mal, moi je suis convaincu que le juge reste à une place importante. Je continue à penser qu'on était à la bonne place avant la loi de 2007, et je pense qu'on va y revenir. Et le Conseil Général aussi, ils disent bien que parfois le juge doit

intervenir. Les gens de terrain, on est tous d'accord. On essaie de maintenir ça : un juge par famille, pas trop de discontinuité. Pour que ça ne soit pas trop explosé pour les familles. Car ce sont déjà des gens pour qui la continuité manque. Même si on est très démoralisé, on est têtue. »

Sans aborder aussi directement sa participation aux réunions, Mme Cristin fait le même constat d'un affaiblissement de lien entre PJJ et ASE depuis la réforme législative de 2007 :

Bénédicte Cristin : « Avant on avait plus de liens. Avant on pouvait avoir une AEMO exercée avec l'ASE, et en même temps un placement pénal. (Maintenant) c'est encore possible mais ça l'est de moins en moins. Surtout ce qui était intéressant c'est que justement à la fin du placement pénal, l'AEMO avait couru sur toute la durée et il y avait un passage de relais.

Yannis Gansel : Et cette orientation de la PJJ, c'est concomitant de la loi de 2007 sur la protection de l'enfance ?

Bénédicte Cristin : Oui tout à fait. Encore une fois : c'est toujours possible, l'AEMO elle n'est plus exercée par le service de la PJJ avec une double mesure civile. Mais moi, sur les 9 jeunes que j'ai ici y en a aucun qui a ça. »

Les réformes judiciaires organisent à la fois un rationnement et une rationalisation des institutions de la PJJ, redistribuant les missions de protection aux Conseils Généraux. Elles ont ici des effets directs sur l'organisation du réseau : les magistrats ont moins de temps, ils se perçoivent comme plus « instrumentalisés » dans la mesure où leurs interventions, devenues subsidiaires en matière éducative à partir de 2007, sont de plus en plus confinées au droit pénal. Les organisations sont de plus en plus spécialisées, les adolescents étant soit délinquants soit à protéger.

6. Acteurs de première ou seconde ligne.

6.1. L'implication : objet de divergence entre acteurs.

Le problème de « l'implication » dans la prise en charge représente une fissure dans la perception d'une autorité naturelle de la psychiatrie au sein du réseau. Parfois en effet l'un des membres permanents propose (ou se voit proposer, comme Françoise Olivier dans le cas de Sofian) une intervention directe dans la prise en charge. Ce type de demande adressée

directement au responsable éducatif présent engendre un certain malaise, qui se formule le plus souvent de manière humoristique.

Ainsi, un travailleur social d'un foyer venant suppléer son directeur comme membre permanent provoque les rires des participants lorsqu'il commente⁹²:

« Moi, sur la situation de tout à l'heure, je m'étais avancé car ça avait du sens, pas pour faire bien. Mon directeur ne m'a pas dit « vas-y mais ne ramène pas de gamins (...). Il vaut mieux être là pour dire qu'on n'est pas adapté ».

Peu habitué à ces réunions, il joue ici de sa naïveté pour aborder un sujet quelque peu tabou : les établissements viennent participer aux réunions mais craignent de se voir contraints, en particulier par la hiérarchie implicite de Mme Poncet, à s'impliquer directement dans la prise en charge (« se faire refiler le jeune »). Dans une autre séance⁹³, ce problème est apporté de la même manière par un acteur naïf, Mme E, une travailleuse sociale suppléant un directeur de foyer.

Mme E : « Les associations ont la crainte qu'on leur refille un enfant, un jeune intenable ailleurs. Si on vient et qu'on a une place, on repart avec.

Ghislaine Poncet : Alors ça voudrait dire : plus je viens plus je m'expose à voir le jeune arriver chez moi ?

Karim Amzaoui : (*outré*) Moi je comprends pas, ça me surprend. On est des professionnels. Et ceux qui viennent présenter sont aussi des professionnels. (...) Et puis, sur sept associations, on va forcément l'avoir, le jeune. »

Karim Amzaoui formule ici la contrainte non pas en terme hiérarchique mais en terme de communauté : le problème de l'adolescent est celui de tout le monde.

Un débat sur l'obligation de se retirer d'une séance fait suite à une réunion particulièrement houleuse, au cours de laquelle le Dr Boissier a menacé d'arrêter la prise en charge dans son service du jeune Olivier, dont la situation est alors examinée par le réseau. Dans la séance d'évaluation tenue le mois suivant, les membres permanents reviennent sur cette

⁹² Observation du 27 juin 2011.

⁹³ Observation du 17 février 2011

précédente réunion et son atmosphère de conflit. Ils apportent pour la première fois la question du devoir de retrait.

Ghislaine Poncet : Il faut aussi savoir quel est le rôle des membres permanents. Pour le secteur associatif, est-ce de donner des pistes ou de donner des réponses au nom de son association ? C'est pareil pour l'éducation nationale ou la MDPH.

Julie Philipon : Euh... en fait la MDPH, elle donne une notification mais elle n'a pas de pouvoir pour les admissions dans les établissements.

Marc Favier : Parfois on est complètement à côté de la plaque. On dit qu'on fait un soutien pour l'établissement mais le jeune arrive au FDF trois jours plus tard. Comme pour la jeune de la dernière fois. Moi je dis, il faut un peu des deux, même si on est pas là pour faire notre marché. Je sais pas : je suis là moi, je n'ai pas moins de boulot que les autres non ?

GP : Je pense que pour les préconisations, il faut être plus précis. Il faut dire qui fait quoi dans quel délai. Il faut parfois renverser les choses en interne, faire des réaménagements pour réfléchir à comment garder le jeune.

MF (*en colère*) : J'ai entendu « réponse magique », ce n'est pas cela ! Les professionnels n'attendent pas des réponses magiques, mais il faut que le réseau soit plus performant, plus soutenant.

Mme E (une travailleuse sociale de foyer suppléant un directeur) : Moi, c'était la première fois que je venais à la réunion du mois de janvier. Franchement, j'ai trouvé ça violent quand le Dr Boissier a dit : « vous arrêtez, moi j'arrête ». Je me vois mal partir et expliquer cela à mon équipe. C'est du chantage, c'est dur, on va pas garder seul ce gamin dont personne ne veut. On peut pas porter seul une situation.

Raphaëlle Maillet : C'était pour être provocateur ce qu'a dit Mr Boissier, c'était pour nous mobiliser. Il n'allait pas vraiment arrêter la prise en charge.

GP : Il y a des situations qui nous laissent sans voix. On les travaille dans le dispositif de réunions suivies.

Gabrielle Dumont : Je revois bien cette discussion. En vous écoutant, je me dis qu'on est devenu des justiciers malgré nous. De l'extérieur c'est facile.

GP : Je suis mal à l'aise, on n'apporte pas un soutien suffisant. Il faudrait imaginer quels partenaires il faut faire venir.

Corinne Derbak-Thomas : J'ai recontacté l'AS de l'ASE pour la situation du mois dernier, elle s'est sentie attaquée par les professionnels du soin.

GD : Le problème c'est peut-être d'être membre permanent et d'être impliqué dans la situation. On ne fait pas tiers. On ne devrait peut-être pas faire partie de la commission si on participe à la prise en charge... Enfin dans notre cas à nous, les psychiatres, qu'en pensez-vous ?

Les participants répondent alors que ce n'est pas que le problème des psychiatres.

La question qui se pose ici est la suivante : un membre permanent peut-il assister à une commission lorsqu'il est aussi impliqué dans la prise en charge ou bien est-il tenu de se retirer? Par la suite, plusieurs séances d'évaluation entre membres permanents seront centrées sur ce devoir de retrait. Ainsi, quelques mois plus tard, un désaccord entre les deux psychiatres suit une série d'énoncés plutôt satisfaits des participants⁹⁴.

Karim Amzaoui : Les diagnostics sont bien réalisés.

Rémy Boissier : Et les personnes qui présentent sont amenés à se décaler de la situation, ça les étaye. Ça montre l'importance de ce qui a été fait, ça permet de déplacer les conflits entre les équipes. Le diagnostic, ils l'ont déjà.

Gabriel Dumont : Mais on a eu aussi des retours plus douloureux. On n'est pas assez attentifs à leur attente. Ça interroge la place des psys, on s'autorise à réfléchir avec nos méthodes mais ce n'est pas ce qu'ils attendent. Ils attendent quelque chose de plus concret. Pour nous c'est un lieu nouveau, ça demande réflexion.

RB : C'est le problème d'être membre du réseau et d'être impliqué dans la situation présentée en commission.

GD : Moi-même, j'ai connu cette situation par le passé. On est juge et parti, on ne peut plus faire tiers, c'est violent.

KA : Le problème, c'est le jeune. Parfois, ça nous renvoie autre chose. Mais il faut rester bienveillant. Le problème ce n'est pas de renvoyer des choses sur une personne mais c'est le gamin. On n'est pas là pour pointer les gens (...). Le problème, c'est aussi l'attente d'une solution...

GD: Oui, mais pas que...

⁹⁴ Observation du 27 juin 2011.

KA : Quoique, c'est de moins en moins le cas. On n'a pas la solution ici. On est comme un labo de recherche, la solution, ils l'ont.

Ghislaine Poncet : Il y avait le cas d'un membre permanent qui était plus à l'aise en présentant une situation. Nous aussi on est dans l'impuissance si le professionnel se sent impuissant, c'est intéressant.

RB : Moi aussi, je suis concerné par les préconisations d'hospitalisation. J'ai le sentiment d'être acculé parfois...un sentiment de violence. C'est ce qui m'amène à réagir de manière forte car on m'a obligé de faire certaines choses. L'hospitalisation comme solution, ça revient souvent ! Peut-être une fois sur quatre.

GD : Eh oui ! On projette l'échec sur quelqu'un.

KA : Mais votre regard est intéressant, on pourrait en imaginer d'autres, d'autres regards. Ça permet de réfléchir, même s'il n'y a pas une solution.

Charles Giraud : Ceux qui présentent sont sous pression, ils doivent ramener quelque chose.

Ces deux séquences indiquent bien que, à l'exception de Ghislaine Poncet, les membres permanents se trouvent tour-à-tour dans des positions jugées antagonistes. D'une part, une série d'actions ont trait à la décision : analyser, réfléchir, juger (avec les images de « faire tiers », « décaler » ou du « labo »). D'autre part, les acteurs font référence à la mise en œuvre (« être sous pression » ou « dans le concret »). Cette question du devoir de retrait ne se pose pourtant que dans un sens. À une ou deux reprises en effet, d'anciens membres permanents sont venus présenter une situation sans que cela ne pose de problème. Pas plus que les frontières professionnelles, les délimitations explicites (membres permanents/ ceux qui présentent) ne rendent entièrement compte de telles distinctions entre acteurs. La question de l'*implication* est ici cruciale : on ne doit pas être impliqué pour analyser une situation, par contre on peut être impliqué si on n'analyse pas.

De plus il faut noter que ce brouillage concerne plus particulièrement deux membres permanents : le Dr Boissier et Mr Favier. Ceux-ci sont ou ont été impliqués dans nombre de cas présentés. Le Dr Boissier insiste sur le fait qu'il connaît un grand nombre des adolescents du réseau. En effet, à l'exception d'une unité située au CHU, il dirige tous les services d'hospitalisations pour adolescents du département. Quand à Mr Favier, le FDF où il travaille se trouve souvent en position de « dernier lieu » pour héberger un adolescent refusé par les

structures associatives, du fait de son statut public et de son affiliation directe au Conseil Général.

Mr Favier : « La plupart, enfin je dirais à 70 %, des gamins qui sont passés en commission des adolescents en difficulté sont passés par le FDF....la grande, grande majorité, à des périodes plus ou moins proches, plus ou moins lointaines. »

Comme nous le verrons, Mr Favier et le Dr Boissier représentent les deux institutions les plus proches (historiquement, géographiquement et fonctionnellement) de l'héritage asilaire. Ces remarques appellent une typologie des acteurs.

6.2. Au-delà des frontières professionnelles explicites.

Deux mécanismes de légitimation apparaissent dans les récits de parcours des membres permanents. Soit ils s'appuient plus ou moins fortement sur leur parenté avec les adolescents (c'est le cas du Dr Dumont, de MM Amzaoui, Giraud et Favier), soit ils mettent en avant leur compétence intellectuelle et éthique (pour Mme Ivernois, le Dr Boissier et Mme Cristin). A première vue et en reprenant le sens classique de cette notion chez Bourdieu (Bourdieu 1994), il semble plutôt que ce soit le capital symbolique des acteurs sur cette scène sociale particulière qui oriente leur discours : les professionnels les plus dominants (psychiatre chef de service, cadres administratives présidant les commissions) se distinguent de ceux plus subalternes (psychiatre non chef de service, responsable éducatif). Pourtant, ces discours sont variables selon le cadre de socialisation. Par exemple, à l'internat de l'hôpital psychiatrique, en présence de ses pairs professionnels et dans des interactions plus informelles, le Dr Boissier tient un discours bien plus orienté sur sa propre vulnérabilité et sur sa parenté avec les adolescents. Cette parenté avec les usagers témoigne d'une forme d'incorporation profonde du langage de la clinique, issu de la psychiatrie institutionnelle : « les fous, c'est nous ». Ces conceptions des liens de symétrie entre usagers et professionnels, le second « jouant » les « difficultés » des premiers, sert de grammaire au récit des acteurs du réseau au-delà de leurs frontières professionnelles explicites.

Tout comme le devoir de retrait, ces deux registres de légitimation ne suivent donc ni les frontières professionnelles explicites (travailleurs sociaux, magistrats ou psychiatres), ni les distinctions indigènes entre membres permanents et ceux qui présentent, ni les positions de domination a priori (opposant titulaires de diplômes académiques issus de classes sociales

favorisées à des éducateurs issus de milieu populaire). Au-delà de ces frontières explicites, les acteurs des réunions se répartissent entre les acteurs de *seconde ligne* qui prennent une décision et les professionnels de *première ligne* qui mettent en œuvre une action. Les professionnels de première ligne sont au contact direct de l'adolescent. Il s'agit de « ceux qui présentent » mais également de ceux qui, au réseau, interviennent ou sont intervenus auprès de l'adolescent dont la situation est traitée. Ceux qui prennent une décision réalisent une évaluation du cas de l'adolescent en fonction de critères normatifs (ce qu'il faut faire ou ne pas faire) et en fonction de valeurs idéales (ce vers quoi il faut tendre). Ils légitiment leur activité par leur compétence intellectuelle (connaître l'adolescence en général) et leur posture éthique (être attentif à une population marginale et vulnérable). Lors des réunions, ceux qui prennent une décision n'ont pas de lien direct avec l'adolescent. Il s'agit des deux animatrices, qui ont une activité presque exclusivement bureaucratique et ne sont pas en contact avec les usagers, ainsi que des chefs de services psychiatriques ou éducatifs lorsqu'ils ne sont pas impliqués eux-mêmes dans le parcours de l'adolescent.

Les acteurs de seconde ligne orientent et tranchent les incertitudes des acteurs de première ligne. Ce rôle est le plus souvent tenu par le Dr Boissier, mais il peut l'être par Mme Poncet, par le Dr Dumont ou encore par Mme Cristin. Pour cette raison, le Dr Boissier apparaît comme une figure d'autorité parmi les membres permanents non pas tant du fait de sa légitimité psychiatrique « naturelle », ni même de son appartenance à une profession dominante. C'est sa référence à la « clinique » des adolescents difficiles qui sert ici de moyen discursif pratique pour résoudre un différend ou lever une incertitude. Les arguments de la clinique fonctionnent à un niveau normatif (ce qu'il faut faire, la confrontation à une norme soutenue par un savoir spécialisé : catégories légales de l'action institutionnelle, catégories nosographiques) ou d'ordre éthique (la mise en œuvre d'un idéal, d'une valeur : « on ne peut pas réduire le jeune à ça »).

6.3. Isomorphie du cas et de l'institution : la communauté de problème.

Dans son étude sur les professions au sein de l'hôpital psychiatrique australien de Ridgehaven, Robert Barrett postule que

« La structure institutionnelle est isomorphique à la structure du cas ». (Barrett 1998, p. 56)

Il décrit ainsi comment la construction des cas reproduit les relations professionnelles : en l'occurrence, elle procède par stratification « horizontale » de couches d'évaluations (infirmiers, travailleurs sociaux, psychiatres) : la « région interne » ou « profonde » du cas s'adresse, dans le terrain hospitalier exploré par Barrett, au « savoir indéterminé » du psychiatre et la « surface » est laissée à l'expertise des infirmiers (*Ibid.*, p. 63).

La construction des cas d'adolescents difficiles, au contraire, indique par ce même effet d'isomorphie la déspecialisation et la transversalisation des frontières professionnelles : la clinique fait évidence pour tous, la médicalisation est contestée à tour de rôle par chacun (psychiatres comme travailleurs sociaux), la vulnérabilité est un dénominateur commun du travail avec cette population marginale et vulnérable. Pour reprendre les nuances utilisées par Barrett, cette transversalisation se fait de manière spatiale (les frontières sont dépassées) mais pas temporelle (au sein d'un groupe professionnel, les acteurs peuvent être soit en première soit en seconde ligne à un moment donné).

Comme le souligne Mr Amzaoui, le souci de l'adolescent (« on va forcément l'avoir, le jeune ») constitue la communauté. Le terme-même de communauté désigne par son étymologie (*cum-munus* en latin) le partage d'un bien ou d'une contrainte (Ravon 2008). L'adolescent superpose ici ces deux sens : c'est un bien (de haute valeur) et une contrainte qui réunit les acteurs. Comme nous le verrons plus loin, la dimension d'impureté vient nuancer et en partie contredire ces deux sens. C'est souvent autour des problèmes jugés impurs que s'organise la communauté, comme dans le cas du traitement des déchets dans les communautés de communes.

Cette démarcation entre ceux qui décident et ceux qui sont en première ligne répond à une description interactionniste schématique (Becker 2002) de cette scène sociale : il s'agit d'une interaction entre la bureaucratie politique locale et des agents institutionnels spécialisés du traitement des déviations juvéniles. Pour l'instant, nous parlerons les concernant d'acteurs du « travail sur autrui », cette notion étant entendue au sens utilisé par François Dubet : « l'ensemble des activités professionnelles participant à la socialisation des individus » (Dubet 2002, p. 24). Comme le souligne Dubet, cette notion mobilise la dialectique de l'assujettissement et de la subjectivation. La bureaucratie politique est représentée par les responsables des collectivités territoriales (Mme Poncet) et des services de l'Etat (les directrices successives de la PJJ). Les acteurs du travail sur autrui sont les représentants des trois grands types d'institutions en charge de l'adolescence déviante :

psychiatrie (hospitalière dans les faits), pédagogie spécialisé (ITEP, MDPH) et éducation spécialisée (foyers, travailleurs sociaux de l'ASE). La spécialisation des acteurs du travail sur autrui suit ces frontières disciplinaires mais également diverses lignes organisationnelles horizontales : par âge, par type de problématique et de public. Une telle description interactionniste aide au passage entre micro et macrosociologie que nous allons dessiner dans le chapitre suivant. Elle permet de rendre compte plus finement de la position d'insider ou d'outsider que me donnent alternativement Karim Amzaoui et d'autres enquêtés. La notion indigène d'implication prime sur les frontières professionnelles ou la délimitation locale (permanent/ venu présenter).

Comme nous le détaillerons dans le chapitre suivant, la clinique ne représente pas ici une ligne de partage mais constitue la structure même de construction des cas : c'est une *communauté clinique* qui s'organise autour de l'adolescent en difficulté.

7. Solennité et humour

Les commissions sont marquées par une solennité, une ritualisation et une attention portée à la forme. Elles sont présidées par les deux « co-animatrices » qui assurent le « co-pilotage » du réseau et qui représentent les deux institutions tutélaires (PJJ et ASE). Durant l'enquête, trois représentantes⁹⁵ de la Direction Départementale de la PJJ se succèdent aux côtés de Ghislaine Poncet. Assises du même côté d'un cercle irrégulier de tables, ces présidentes de séance sont entourées des membres permanents. Avant l'ouverture de la séance, Mme Poncet énonce l'ordre du jour d'une série de questions ayant trait au fonctionnement du réseau lui-même, en tout premier lieu l'«évaluation du fonctionnement du réseau». Ces questions sont rapidement débattues. Pendant ce temps préliminaire, les membres permanents interagissent de manière informelle et conviviale entre eux et, en adoptant plus de retenue, avec Mme Poncet. Ils échangent rapidement sur diverses préoccupations de leurs activités quotidiennes respectives, partagées entre les institutions qu'ils représentent, comme le règlement d'un dossier ou l'encaissement d'un chèque.

Les « professionnels venant présenter la situation » de l'adolescent entrent une fois la « séance ouverte » et s'installent sur la portion opposée du cercle. Ces professionnels « invités », « sollicitant » le réseau sont régulièrement rappelés à l'ordre lorsqu'ils arrivent

⁹⁵ Il s'agit successivement de Valérie Quentin, Raphaëlle Maillet puis Bénédicte Cristin.

en avance et il leur est alors demandé de patienter dehors en attendant que Mme Poncet les invite à entrer. Dans la moitié⁹⁶ des cas, il s'agit du travailleur social suivant l'adolescent à l'ASE (généralement une assistante sociale), parfois accompagné de son responsable hiérarchique (la « responsable enfance »). Plus rarement, se joint un éducateur ou un cadre d'un établissement d'hébergement ou d'un ITEP qui intervient auprès de l'adolescent. De manière plus exceptionnelle⁹⁷, c'est un éducateur ou responsable d'une équipe éducative de la PJJ qui présente le dossier. Les services de psychiatrie représentent également une fraction marginale de ces demandes⁹⁸.

Les membres permanents leur sont présentés succinctement par Mme Poncet, avec une phrase type utilisée à chaque séance (« Vous êtes en présence de représentants de secteurs associatifs, médico-social et de la santé »). Puis elle renvoie les invités aux « cavaliers » (des feuilles de papiers pliées indiquant les noms) posés sur les tables pour identifier chaque membre permanent. Le caractère intimidant de cette organisation est souligné par les nouveaux arrivants. Ils formulent parfois leur malaise à débiter leur présentation du dossier. « Je ne sais pas trop comment en parler »⁹⁹, « on n'a jamais fait (de réunion du réseau) »¹⁰⁰ sont des remarques qui ouvrent souvent les présentations faites par les travailleuses sociales. Ghislaine Poncet adopte une attitude rassurante à leur égard (« ça va venir » leur dit-elle) et critique elle-même cette rigidité formelle : « Les cavaliers, ça fait un peu jury »¹⁰¹. Au rythme d'une fois par an, une réunion complète est consacrée à l'évaluation du réseau. Elle se déroule alors en présence des seuls membres permanents, et parfois d'un responsable hiérarchique du Conseil Général.

Cette solennité contraste avec des propos humoristiques, parfois ironiques, que les membres permanents échangent. « C'est la réunion des institutions en grandes difficultés » affirme une psychiatre sortant d'une séance¹⁰². Les responsables PJJ présents font remarquer que leurs équipes portent un regard amusé sur le réseau et rechignent à présenter des dossiers. Un responsable enfance ouvre la présentation d'un dossier par une

⁹⁶ 15 cas sur 35.

⁹⁷ 5 cas sur 35.

⁹⁸ 4 cas sur 35.

⁹⁹ Observation du 16 septembre 2010.

¹⁰⁰ Observation du 18 novembre 2010.

¹⁰¹ Observation du 17 février 2011.

¹⁰² Observation du 20 avril 2009.

remarque ironique qui ne manque pas de susciter un sourire chez les participants : « On avait besoin d'une solution, alors on s'est dit : commission des adolescents en grande difficulté »¹⁰³. Autre exemple, deux membres permanents commentent le constat d'échec de Mme A, la travailleuse sociale de l'ASE, au sujet du jeune Dylan¹⁰⁴ :

Mme A « je ne trouve pas de solution, j'ai sollicité beaucoup de structures.

B Cristin : « c'est ballot ça (*rires des participants*).

K Amzaoui « Oui, on en a beaucoup des situations comme celle-là. »

Le fort investissement formel indique la sacralisation partielle du contenu des réunions. L'ironie, fréquemment maniée par les acteurs du terrain, repose d'une manière générale sur la mobilisation d'un implicite. En « feignant l'ignorance », cette « gaité de l'indignation » (Alain Rey (ed.) 2005, p. 2109) sert souvent à formuler un jugement moral défavorable. Au cours des réunions, l'ironie a pour effet d'atténuer la solennité mais elle permet aussi de repérer ce qui ne se dit pas. Trois points implicites sont le moteur de cette ironie : les différentes formes de violence, les problèmes liés à la coordination des institutions et la hiérarchie des acteurs.

7.1. Violences et vulnérabilité.

Tout d'abord, ironie et solennité peuvent être rapportées à divers ordres de violence qui traversent les réunions. Formulés de manière plus ou moins implicite par les acteurs, ces formes de violence posent un double problème méthodologique pour l'enquête que Michel Naepels formule de la manière suivante. D'une part, « l'ethnographe n'assiste pas à grand-chose de ce dont il parle », d'autre part « en parlant de violence, l'anthropologie s'inscrit dans un espace qui est à la fois celui de l'éthique et celui des sciences sociales » (Naepels 2006, p. 492). En effet, la qualification de « violence » renvoie nécessairement à un jugement, une répartition du juste et de l'injuste. La question qui se pose au chercheur est alors de savoir s'il doit ou non s'abstenir de tout jugement moral. Naepels propose de sortir de cette dichotomie entre jugement et description, pour se poser la question de l'autorité morale et du sens commun auquel fait appel le chercheur lorsqu'il utilise la qualification de « violence ». Trois ordres de violence sont les moteurs de l'humour des professionnels.

¹⁰³ Observation du 30 avril 2010.

¹⁰⁴ Observation du 20 mai 2010.

En premier lieu, la violence subie par les adolescents est la plus manifeste. Ainsi, Marc Favier détaille les sévices subis par une jeune Farida qui laisse les professionnels en désarroi par ses fugues¹⁰⁵:

« Elle avait visiblement été torturée avec un fer à souder, elle avait des traces sur les jambes ».

Une assistante sociale de l'ASE présente l'histoire familiale de Vincent en soulignant les conduites sexuelles de ses parents, qui pratiquent l'échangisme devant leurs enfants.

Deuxièmement, la violence dont les adolescents se rendent auteurs anime les réunions. Elle est cependant plus volontiers euphémisée : les adolescents « castagnent », « en viennent aux mains », « maillochent ». Dans le cas de violence à caractère sexuel, les participants évitent de donner les détails sur les faits ou mentionnent leur qualification pénale avec précaution (« entre guillemets » « c'est le mot qui a été mis par le tribunal »). Ainsi, au sujet du jeune Samuel, 15 ans, l'assistante sociale de l'ASE explique¹⁰⁶:

« L'histoire a commencé en juillet 2008, par un signalement du collège, pour la demi sœur de Samuel, Chloé, **violée entre guillemets** par Samuel. Il s'agissait de relations sexuelles entre trois adolescents, avec le demi-frère d'Samuel, Pierre, dans le cadre de jeux à gages. »

Autre exemple, au sujet de Virgile, 16 ans et demi, « originaire du Congo ». Un échange a lieu entre son éducateur PJJ et Laurent Echartier, responsable d'unité éducative PJJ et membre permanent¹⁰⁷.

Laurent Echartier: « C'était quoi les faits graves ?

Educateur PJJ : « Un viol

Karim Amzaoui « Dans quel contexte ?

Educateur PJJ « Pour l'instant cela n'a pas vraiment d'importance pour l'action éducative que je dois mener. Je ne sais pas (*il cherche dans son dossier*) voilà (*il lit*)
« un viol avec plusieurs circonstances aggravantes, en réunion avec plusieurs autres jeunes ».

L E : « C'était qui les autres ?

Éducateur PJJ : « Idriss K

¹⁰⁵ Observation du 16 septembre 2010.

¹⁰⁶ Observation du 30 avril 2010, je souligne.

¹⁰⁷ Observartion du 20 mai 2010.

L E: «Hm, je le connais ».

Plus rarement, la violence des adolescents est décrite de manière crue. Ainsi, le Docteur Boissier relate l'histoire du jeune Olivier, 16 ans¹⁰⁸:

« Au début, il faut le dire, il a été pris en charge pour avoir frappé sa mère avec une chaîne de vélo, il avait alors 11 ans à peine. »

Les participants explicitent donc volontiers la violence dont les adolescents sont ou ont été victimes, et qui fonde leur construction comme des sujets vulnérables. Par contraste, ils mobilisent avec discrétion et prudence la violence dont ils sont auteurs, et qui renvoie à leur dangerosité.

Un troisième ordre de violence traverse les réunions. Une discussion entre membres permanents lors d'une séance d'évaluation du réseau en fournit une illustration. Le problème qui se pose alors est de choisir une série de termes standardisés afin d'établir un glossaire commun pour la synthèse des situations analysées. Le terme de « carence » pose problème¹⁰⁹:

Ghislaine Poncet :« On a un problème pour la définition de « carence éducative »

Janine Levrant :« C'est une définition négative

Rémy Boissier :« En psychiatrie on s'appuie sur la classification internationale, qui parle d'inadéquation de l'entourage.

Charles Giraud: « Il faut appeler un chat un chat, dès qu'on est sollicité, c'est qu'il y a carence. Le terme est généraliste, il faut l'affiner.

Dans une autre séance d'évaluation, deux ans plus tard, le Dr Boissier décrit son aversion pour la « violence institutionnelle contre l'adolescent » et cite le cas des « adolescents abandonnés sous prétexte de soins ». Il explique ne pas « supporter » cette violence¹¹⁰. Ces différents éléments font référence à la violence plus symbolique ou subjective des « relations de pouvoir asymétrique entre les parents et l'institution » (Belkacem 2013, p. 83), commune aux différentes interventions sociales, pédagogiques et psychiatriques. Mise sous tutelle des famille, droit de regard public sur la sphère de l'éducation des enfants, inscription des adolescents dans des relations paradoxales d'éloignement des parents et de discontinuité des professionnels... Cette « violence de tous les jours », « multiple et

¹⁰⁸ Observation du 20 janvier 2011.

¹⁰⁹ Observation du 18 novembre 2010.

¹¹⁰ Observation du 10 septembre 2012.

banale » (Das et al. 2000, p. 15; Kleinman 2000) traverse les réunions. Cependant, comme l'indique l'ironie des acteurs, elle fait l'objet d'une forme d'autocritique et de réflexivité implicites de leur part. Trois points cristallisent cette violence symbolique : la question de « l'adhésion » de l'adolescent, celle du « travail avec les parents » et enfin les moyens de gestion de la dangerosité des adolescents.

7.2. Le malaise professionnel et la coordination des interventions.

Cette dimension de violence symbolique du « système » ouvre sur un second moteur de l'ironie des acteurs : le problème de la coordination des dispositifs. En effet, le réseau tient lieu de surface d'interaction entre des organisations peu coordonnées par ailleurs. Selon les termes indigènes, il s'agit de « faire des ponts » ou d'obtenir « des petites stratégies » dans le travail quotidien de chaque institution, autant d'actions qui tentent de contrer les problèmes de coordination mais également la production d'un reste, liés par la spécialisation. A l'instar du « c'est ballot ! » formulé par Mme Cristin, l'exclusion de l'adolescent hors de dispositifs est un moteur fréquent de l'ironie. La séquence suivante en donne une illustration. L'assistante sociale de l'ASE, Mme A, présente le dossier de Marguerite Ben Yahia, 15 ans, qui a été exclue lors d'un « séjour de rupture¹¹¹ » au Maroc¹¹².

Mme A : « Pendant le séjour de rupture, elle a fugué , elle s'est alcoolisée et a fumé du cannabis devant une ambassade, c'est bien cela ? (*Le responsable ASE qui l'accompagne acquiesce*)... Oui, une ambassade. Alors le lieu de vie m'a appelé pour me dire : on ne peut plus continuer comme cela, et elle est revenue (dans la région) le 16 novembre.

Mr Amzaoui : « C'est quoi ça ? une colonie de vacances ? » (*rires dans l'assemblée*).

Mme A : « Ouais hm, disons que maintenant on sait avec qui on travaille... et avec qui on ne travaille plus! ».

Dans cette séquence, l'ironie indique l'indignation des acteurs devant l'exclusion de l'adolescent, soulignant que ce renvoi est problématique du point de vue éthique.

¹¹¹ Il s'agit d'un séjour d'éloignement de quelques semaines où un petit groupe de jeunes est accompagné de manière rapprochée par des éducateurs, souvent aussi nombreux qu'eux.

¹¹² Observation du 27 mai 2011.

Un dernier élément semble sous-tendre cette forme solennelle et cette ironie : la hiérarchie implicite mais très prégnante au sein du réseau (« ça fait jury »). La proposition de promotion au sein du Conseil Général faite à l'assistante sociale de l'hôpital qui m'accompagne au début de ma participation au réseau indique les enjeux de socialisation professionnelle mais également de capital social qui se déroulent dans ces réunions¹¹³. Pour reprendre les termes de Marc Favier, les réunions permettent de faire « sinon des ponts, au moins des passerelles » entre les différentes institutions représentées. Bénédicte Cristin explique avoir ainsi pu rencontrer les acteurs d'autres administrations et en tirer des bénéfices pour l'exercice de ses fonctions de directrice à la PJJ :

« C'est très intéressant parce que comme ça on s'est rencontrées. J'ai rencontré Janine Levrant (assistante sociale de l'Education Nationale), qui m'a expliqué pas mal de choses, sur des mécanismes que je comprenais pas, sur lesquels on bloquait, donc là j'ai compris. La MDPH je trouve ça super intéressant. En tous cas, moi j'y trouve mon compte en termes de partenaires et de compréhension de certaines situations. »

C'est également ce que soulignent les professionnels venant présenter, comme Mme E, éducatrice travaillant sur un lieu d'hébergement avec un adolescent dont le dossier est étudié.

Mme E : « Pour moi, c'est le seul lieu où on peut repérer l'Education Nationale, les établissements, l'hôpital, la MDPH. »

Cette fonction de socialisation entre professionnels souligne le caractère très discontinu des organisations professionnelles et leur spécialisation, ainsi que le problème de la coordination qui en découle.

Cependant, cette socialisation s'effectue également dans une hiérarchie implicite, indiquant la présence de professions dominantes : les magistrats (absents), les psychiatres et cadres administratifs. Le recours à des catégories médicales ou juridiques de la part de ces professions dominantes est reçu avec ironie par les travailleurs sociaux. Ainsi, lors d'un

¹¹³ En mai 2011, l'assistante sociale avec qui je travaille a reçu une proposition de promotion professionnelle comme cadre socio-éducatif dans le service d'hébergement du Conseil Général, le FDF. Cette promotion n'était pas totalement étrangère à sa participation aux commissions du réseau, qui lui a permis de développer une interconnaissance avec les responsables de l'ASE. A compter de cette date, je me suis donc rendu seul aux réunions

échange entre l'éducateur PJJ présentant une situation et Mme Maillet sur une mesure pénale « mesure 16 bis », Karim Amzaoui commente : « on parle en code maintenant ! »¹¹⁴. Autre exemple, au cours d'une séance concernant l'évaluation du réseau, Mme Poncet discute avec les psychiatres présents de la différence entre « problème de santé » et « trouble du comportement ». Pendant que s'anime une discussion entre deux psychiatres, des échanges à voix basses ont lieu entre Mr Amzaoui et Mr Favier. Ils rient discrètement puis Karim Amzaoui commente : « oui, bon, il faut que cela soit simple ! »¹¹⁵. Ils contestent, par ironie, leur position d'infériorité face aux psychiatres (il faut que ça soit simple car on n'est pas assez compétents).

En outre, la hiérarchie de Ghislaine Poncet, cadre administratif de l'ASE, vis-à-vis des établissements associatifs reste à la fois incertaine et peu explicite. La position plus égale de Bénédicte Cristin, qui sera dans le dernier temps de l'enquête co-directrice du réseau, son rapprochement de ces professions dominantes par son cursus académique ainsi que son affiliation à la PJJ en tant que responsable d'un foyer éducatif, lui permet de formuler cette hiérarchie implicite des cadres administratifs en entretien :

Bénédicte Cristin : « Depuis que je suis (au réseau), je ne trouve pas que les situations représentées soient des situations difficiles. Plusieurs fois je me suis dit : je vois pas où est le problème. Juste en déroulant une pensée, on arrive à... enfin voilà. Des fois c'est aussi des professionnels qui viennent se réassurer auprès de Ghislaine Poncet, qu'ils ont pris les bonnes décisions. Ou bien dire : bon bah ! Là, il est placé à l'ASE mais normalement il est pas à l'ASE, mais vous comprenez pourquoi : on vient vous expliquer.

Yannis Gansel : « Parce que Mme Poncet elle est quand même directrice de la protection de l'enfant, donc elle a un rapport de hiérarchie avec les services de l'ASE.

BC : « Ah, complètement ! Par rapport aux responsables d'unité (du Conseil Général), bien sûr. D'ailleurs l'autre jour elle a dit qu'elle était mécontente que la décision ne soit pas appliquée et que le jeune soit en famille. Elle s'est positionnée comme responsable hiérarchique. »

¹¹⁴ Observation du 20 janvier 2011.

¹¹⁵ Observation du 17 février 2011.

La solennité des réunions et la position hiérarchique de Mme Poncet, « la chef », est plus explicitement formulée (sans recours à l'insinuation ironique) par « ceux qui présentent » que par les membres permanents. Benoit Jacquemont a participé à une séance en tant que psychiatre traitant une jeune Xavière, dont la situation était examinée.

Benoit Jacquemont : « Ça a un côté très formel. Je suis arrivé en premier, et je me suis assis à côté de la chef. Je ne sais pas trop son nom, mais elle fait très hystéro, très femme de pouvoir.

Yannis Gansel : « Ghislaine Poncet?

BJ : « Oui, c'est ça, c'est son nom. Elle m'a gentiment dit que je n'étais pas à ma place et je suis allé m'asseoir à côté de l'assistante sociale de Xavière.

Le Dr Jacquemont s'appuie ici sur sa naïveté pour formuler l'implicite de la hiérarchie. Il souligne également l'autorité (la « verticalité ») de la position des psychiatres parmi les membres permanents.

Benoit Jacquemont : « J'ai trouvé que la psychiatre de l'hôpital de semaine (Dr Dumont), celle qui est lacanienne, elle se prenait la tête, elle s'écoutait un peu parler. C'est pas évident, quand tu es dans une situation, que tu ne sais pas trop comment faire, d'avoir des gens qui analysent entre eux comme ça. Et puis surtout, j'ai eu le sentiment de quelque chose de très vertical, de hiérarchique. »

A contrario, Marc Favier, directeur au sein d'une structure éducative publique appartenant au Conseil Général, et issu d'une promotion professionnelle extra-académique, aborde de manière bien plus tacite et ironique cette hiérarchie.

Marc Favier : « On n'a jamais autant entendu parler de « bientraitance », de référentiel de bonnes pratiques... Et en même temps – et c'est ce qui me met en colère et y compris aux commissions des adolescents en grande difficulté - pour être concrètement au jour le jour, les mains dans le cambouis parce que la réalité et la noblesse du travail elle est dans les prises en charge au quotidien et pas dans les salons du Conseil Général à faire des grandes messes, bien que ce soit aussi nécessaire de penser un peu au travail. »

Cette hiérarchie propre au Conseil Général reflète la complexité de cette organisation. Le Conseil Général, via sa Direction de la protection de l'enfance, agrémente des structures privées associatives à but non lucratif (les « mandataires ») pour effectuer des mesures éducatives et en assure le financement. Pour autant, il ne dispose pas d'un pouvoir

hiérarchique direct sur ces structures. Cette situation pose un problème de coordination, d'autant plus que les différents établissements développent plus ou moins une forme de spécialisation dans leur accueil (selon les tranches d'âge, le « profil » ou la « problématique » du jeune, parfois selon le sexe). Lors d'une séance¹¹⁶, un directeur d'établissement fait part de son souhait d'obtenir un financement supplémentaire par le Conseil Général. Cette « demande de renfort éducatif » est posée comme une condition pour qu'il accepte de prendre le jeune Ryan, 12 ans, en hébergement. Ghislaine Poncet lui répond que la commission ne prendra pas de décision sur cette demande. A la fin de cette réunion, les préconisations vont pourtant dans le sens d'une poursuite de l'hébergement de Ryan dans ce même établissement. Les membres permanents concluent que Ryan se montre violent dans cet établissement car il est « tout puissant » et « dans une relation fusionnée avec son père », lui-même agressif et engagé dans des procédures contre les éducateurs. Pour « protéger la structure », les membres permanents conseillent de recourir à une nouvelle audience chez le juge des enfants qui représente « une autorité masculine ». Ainsi que le formule Mme Derbak-Thomas dans le résumé écrit des préconisations, le juge sera un

« tiers entre lui et son père qui rappelle de manière inébranlable la loi des hommes et qui fasse autorité sur son avenir »¹¹⁷.

La demande financière est ici reformulée de manière globalisante en une réponse clinique intégrant l'intervention judiciaire. Dans cette demande de « renforts éducatifs » pour le jeune Ryan, la réponse clinique nivelle ce qui apparaît à première vue comme des hiérarchies : les travailleurs sociaux tantôt dénoncent par les ressorts de l'ironie (« il faut que ça soit simple ») la domination clinique des psychiatres, tantôt conquièrent une égalité en mobilisant et disputant leurs termes aux cliniciens. Il y a là une première source du malaise des professionnels : la clinique recouvre, en les rendant peu explicites, le manque de coordination de la politique locale de la jeunesse, prise entre administration politique (Conseil Général) et acteurs privés (associations).

¹¹⁶ Observation du 10 novembre 2011.

¹¹⁷ Document du réseau : bilan d'activité des années 2000 à 2005.

Résumé du chapitre et transition

L'entrée sur le terrain laisse penser, à première vue, que la psychiatrie est en position d'autorité naturelle, une autorité liée au capital symbolique de ses acteurs, à la pertinence de leurs savoirs cliniques et à leur capacité de catégorisation. Ce serait donc cette asymétrie, renforcée par l'absence des magistrats, qui autoriserait les psychiatres à lever l'incertitude des autres professionnels et à réaliser ce que les pouvoirs politiques peinent à faire : coordonner l'action publique. Pourtant, une analyse plus fine vient nuancer cette perception naïve. Les psychiatres qui participent au réseau sont tous des praticiens exerçant dans des unités d'hospitalisation. La psychiatrie est autant un corpus de savoir qu'un lieu disposant d'une possibilité d'enfermement et de contrainte. Au sein du réseau, ces éléments sont communs à divers acteurs héritiers de l'asile. De manière transversale, les professionnels du réseau partagent tous une ambiguïté : celle d'être tour à tour expert distant de la prise en charge et acteur impliqué. Cette ambiguïté traverse les frontières explicites et ne concerne pas exclusivement, loin s'en faut, les psychiatres. Elle est constitutive de la communauté qui se forme autour du cas de l'adolescent et qui offre un espace unique d'interaction entre la bureaucratie politique locale et des professionnels spécialisés du travail sur autrui. Pour cette raison, les acteurs se répartissent en deux catégories, délimitées par la notion indigène d'implication : ceux de seconde ligne, qui prennent une décision, et ceux de première ligne, qui mettent en œuvre une action auprès de l'adolescent. La plupart des participants au réseau peut tour à tour se trouver sur l'une ou l'autre de ces lignes, et les délimitations n'ont donc plus la coloration essentialisée des frontières professionnelles.

L'accueil des participants dans le réseau est marqué tout à la fois par une solennité et un usage extensif de l'humour, deux éléments qui indiquent la nature fragile et précieuse du contenu (l'adolescent) ainsi que les formes de violence qui se déploient à son encontre. Ces violences sont de trois ordres : celles de l'adolescent envers autrui, celle des adultes envers l'adolescent et celle, impersonnelle et symbolique du système institutionnel. L'ironie indique une forme de distance des acteurs à ce dernier égard et montre que, même partiellement palliée par les positions hiérarchiques des responsables administratifs du réseau, cette violence symbolique est le produit de la faible coordination politique et institutionnelle des interventions. En faisant de l'humour, les acteurs peuvent dire à demi-mots leur expérience malaisée de la violence, prise entre dangerosité et vulnérabilité.

Cette expérience laisse entrevoir une série de questions : comment concilier la continuité de l'action publique avec les conséquences de la spécialisation en termes de coordination ? Comment traiter la dangerosité d'une population marginale sans recourir à l'enfermement, en tenant compte de leur vulnérabilité et en respectant l'idéal d'une autonomie du sujet ? Ce sont ces questions qui traversent le débat au sujet de Vincent : après avoir effectué sa peine pour agression sexuelle, il risque d'être phagocyté par sa famille ou de se voir coller une étiquette de violeur.

C'est cette conjugaison entre vulnérabilité et dangerosité, ainsi que le fondement clinique de la communauté constituée par le problème des adolescents difficiles que nous allons explorer dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE 7 : ENTRE VULNÉRABILITÉ ET DANGÉROSITÉ

1. Une définition produisant l'accord

Un document programmatique daté de 2005, préparant la réactivation des réunions du réseau l'année suivante, donne la définition suivante des « jeunes en grande difficulté »¹¹⁸:

« Sont considérés comme « mineurs en grande difficulté » les jeunes qui, cumulant depuis plusieurs années les abandons, les exclusions, les conduites marginales, ne parviennent pas à trouver une place stable et reconnue dans la société et s'installent dans une dialectique rejeté-rejetant qui finit par rendre inopérante toute tentative d'aide. (...) Ce sont tous des garçons et des filles dont les familles sont défailantes, qui ont connu de nombreux placements, qui passent d'un service éducatif à une institution psychiatrique, qui sont en rupture avec l'école, qui sont en échec et qui mettent en échec les adultes chargés de les faire progresser. Tous ceux pour lesquels « on ne sait plus quoi faire » en dépit d'un dossier judiciaire qui s'est régulièrement alourdi au fil des ans ».

Cette définition recouvre largement la conception des adolescents difficiles développée depuis la fin des années 1960 : les comportements perturbateurs et déviants (« conduites marginales »), la définition par la réaction de l'entourage en particulier des professionnels (« la dialectique rejetant-rejeté »), l'histoire commune de carence familiale (les familles « défailantes »), l'exclusion problématique.

1.1. Une définition consensuelle.

Au cours des séances, les acteurs du réseau font preuve d'un usage consensuel de cette catégorie commune pour tous les cas présentés. Les conceptions spontanées qu'ils

¹¹⁸ Document du réseau : bilan d'activité des années 2000 à 2005.

développent, même pour les plus naïfs d'entre eux comme Julie Philipon, sont tout à fait conformes à cette définition officielle des adolescents en difficulté. Elle s'explique ici sur la mission qui lui a été confiée par la MDPH et qui lui a imposé de participer aux réunions :

Julie Philipon : « On m'avait dit que c'était des situations de jeunes en difficulté qui étaient présentées, mais sans en dire beaucoup plus. (...) C'est vrai que c'était des situations généralement assez catastrophiques à tous les niveaux, avec des familles très en difficulté, des jeunes qui avaient parfois de problèmes de comportement, qui étaient parfois en errance, qui se mettaient en danger ».

Même série d'évidences chez Mme Cristin, lorsqu'elle parle de l'activité de l'établissement éducatif dont elle est directrice.

Bénédicte Cristin : « Nous accueillons des jeunes en grande souffrance, avec beaucoup de violence intrafamiliale ou à l'extérieur, c'est pour cela qu'ils sont placés. (...) Ils ont déjà été placés de multiples fois, ils arrivent chez nous en fin de course. (...) On a un médecin généraliste, deux heures par semaine. Mais on ne trouve plus de médecin intéressé, la rémunération est minimale, il faut que le médecin soit intéressé pour voir des ados en grande difficulté, abîmés »

Bien que ne participant plus aux réunions, Mme Ivernois reprend les mêmes éléments lorsqu'elle essaie de distinguer « jeunes en difficulté » et « jeunes difficiles ».

Mme Ivernois : « Difficiles, c'est les difficultés des professionnels à s'en occuper. En difficulté, c'est la problématique de l'adolescent. Certains gamins qui sont à la lisière de plein de choses. Comme à l'Arc-en-Ciel¹¹⁹. »

Mr Amzaoui reprend lui aussi cette catégorie, en insistant sur la notion d'exclusion.

Karim Amzaoui (interrogé sur son travail de directeur) : « J'ai embauché toute l'équipe, j'ai accompagné toute l'équipe par rapport aux jeunes qui étaient exclus. Il fallait former les gens avec l'idée de ne pas exclure. J'ai même ramené des jeunes avec moi, des jeunes en grande difficulté qui étaient sur le lieu de vie où je travaillais avant. »

¹¹⁹ Elle mentionne ici l'Arc-en-Ciel, établissement pour adolescents difficiles, sous co-tutelle de l'ARS, du Conseil Général et de la PJJ.

Au cours d'une commission, Mme E, éducatrice, reprend cette notion d'exclusion pour définir la « souffrance » d'une jeune fille, qui séjourne depuis plusieurs mois dans son établissement d'urgence (La Bellegarde), faute de place dans un foyer classique¹²⁰.

Mme E : « Ouria est une jeune en grande souffrance, qui est à La Bellegarde depuis 8 mois alors qu'elle ne devait y rester que 21 jours et cela la fait souffrir. A son insu, elle est la jeune qui a eu la plus longue durée de séjour depuis la création de La Bellegarde, elle s'en vante mais elle se sent oubliée. »

L'imbroglia de ces propos (elle s'en vante à son insu), pour burlesque qu'il puisse être, souligne l'incertitude sur le statut subjectif et moral de l'adolescent. Est-il passif ou actif ? Est-il coupable ou victime ?

1.2. Des synonymes produisant l'accord.

Un peu plus loin dans le même document programmatique daté de 2005, un glissement sémantique s'opère des jeunes « en difficulté » vers « ces jeunes très difficiles ». Au sein du réseau, on parle aussi de jeune « en souffrance ». L'assistante sociale de l'ASE présente la situation de la jeune Hind, refusée dans divers établissements suite à ses « mises en danger » avec des « hommes dans la rue »¹²¹. Elle explique :

« Dès l'admission au FDF, on a vu qu'elle était en grande difficulté en grande souffrance, avec des traumatismes dans son histoire. »

Le docteur Boissier y adosse une autre appellation, celle d' « état limite ». Il évoque ces synonymes à propos de l'ouverture de son service au cours des années 1990.

Docteur Boissier : « A l'époque, on ne les appelait pas « états limites », on disait : les abandonniques, les ados difficiles, les ados de foyers, les ados en rupture, les incasables, les cas lourds. Voilà, c'était tous les mots qui étaient là. »

¹²⁰ Observation du 16 septembre 2010.

¹²¹ Observations du 16 septembre 2010.

Il poursuit cette discussion sur les états limites, en reprenant l'idée d' « adolescents très difficiles mais pas particulièrement malades. » :

Docteur Boissier : « Progressivement, j'ai essayé de comprendre ce qu'il y avait sous ces patients. J'ai essayé de comprendre s'il y avait une entité spécifique à l'adolescence. Je ne crois pas que ce soit une entité spécifique, c'est un fonctionnement. C'est pas comme la schizophrénie, je ne suis pas sûr que ce soit une maladie. »

Puis il insiste sur la notion de « clivage » de l'adolescent, engendrant des effets sur les professionnels, en particulier des désaccords.

Docteur Boissier « Après, moi je les définis par rapport à la symptomatologie des troubles du comportement, le côté abandonnique et l'utilisation de quelque chose dans le lien... de quelque chose qui pourrait beaucoup s'apparenter à la psychose : le déni, la projection, le clivage. Beaucoup sur le clivage. Dans le service, on se sert beaucoup de la question du clivage pour travailler. C'est à dire, en acceptant que les adolescents nous clivent et en travaillant sur la possibilité que les adolescents aient de diffracter des choses différentes sur les différentes personnes sans que ça vienne nous mettre à mal. On a des fois des points de vue complètement différents sur les patients, ça nous met des fois à mal... on... on bidouille. Mais il n'y a pas l'idée d'arriver sur un consensus précis, on peut accepter d'avoir des points de vue différents. »

Cette définition incluant les réactions de l'entourage professionnel (le clivage de l'adolescent se « rejoue » chez les professionnels) fait de la catégorie « état limite » un synonyme d' « adolescent difficile ». Le Dr Boissier précise que les états limites sont :

« (Des) adolescents très difficiles mais pas particulièrement malades ».

Bien que peu utilisée sur le terrain, cette dénomination souligne un renforcement de la précision clinique. Citer le « clivage » de l'adolescent renvoie à des notions cliniques plus élaborées sur la « structure » psychique, comme celle de Jean Bergeret (Bergeret 1993) souvent citée par le Dr Boissier. Cette dénomination fait également référence à une sémologie médicale la « personnalité borderline », dont les liens avec l'adolescence « normale » sont ambigus (Robin et Rechtman 2014).

La catégorie d'adolescents difficiles et ses différentes déclinaisons réussissent à la fois à réunir les professionnels autour d'une série d'évidence (la carence, l'exclusion, la souffrance) et à rendre compte de leur divergence (à travers l'idée de clivage, de réactions liées à l'adolescent).

2. Le magistère de la clinique.

« Je me demande comment je pourrais faire ce travail-là si je n'avais pas quelques connaissances cliniques ».

C'est ainsi que Ghislaine Poncet, cadre de l'ASE et pilote principal du réseau, formule la prévalence de la clinique dans l'abord des adolescents difficiles. Elle fait référence à sa formation « en clinique » à la faculté de psychologie, suivie alors qu'elle occupe déjà ses fonctions actuelles et après sa formation initiale en Institut d'Etudes Politiques. La clinique connaît ici deux usages imbriqués qui en font non pas un simple lexique mais un véritable canevas du travail inter-institutionnel : elle sert à traiter les « difficultés » entre professionnels et analyser les « difficultés » de l'adolescent.

2.1. Recadrer les désaccords entre professionnels.

D'une part, la clinique sert à recadrer les désaccords entre professionnels. Ghislaine Poncet conçoit le « dispositif de soutien aux professionnels » dans des termes « cliniques ». Les documents programmatiques qu'elle a élaborés et qui sont diffusés par le Conseil Général annoncent la référence à la clinique (un « éclairage clinique »). Ghislaine Poncet, faisant référence à sa formation académique à la faculté de psychologie, confirme cette place incontournable de la « clinique » dans l'activité du réseau. Dans la séquence qui suit, elle utilise deux déclinaisons, très entrelacées, de ce terme : l'analyse des cas et l'interprétation des difficultés d'interaction entre professionnels.

Ghislaine Poncet : « D'abord, les partenaires du côté du soin, quand ils nous présentent leur évaluation, il me semble que je les comprends mieux parce que j'ai quelques repères. Pareil du côté du handicap, ça m'a permis de connaître certaines théories, certains auteurs. D'aller lire du côté des théories de l'attachement, par exemple. C'est intéressant d'avoir quelques références théoriques, ce qui permet de mieux comprendre ce qui se passe pour cet enfant-là. C'est important de repérer ce

qui se passe dans un groupe. C'est complètement en lien avec les fondamentaux d'une situation familiale et d'une situation individuelle. (Au cours des réunions) parfois, ça conflictualise entre professionnels. Pouvoir ramener à ce qui se joue dans la situation individuelle permet de dégager les professionnels et qu'il n'y ait personne qui se sente plus particulièrement remis en cause. Parce que dans ces situations complexes, c'est rarement un partenaire qui aurait très bien fait et un autre qui aurait très mal fait. On peut penser que la situation individuelle est largement la cause de ce qui est en train de se jouer entre les partenaires. »

Ce registre d'usage du savoir clinique, visant à « ramener » les difficultés des professionnels aux caractéristiques de l'adolescent, est un point de convergence entre les psychiatres et Mme Poncet. Au cours d'une des séances¹²², le Dr Dubois tient un discours similaire au programme établi par Mme Poncet. Il présente les réunions comme :

« Un lieu pour penser, parler de ce qu'on ressent (...). On n'est pas comme des experts ».

Mme Poncet approuve et reprend cette formulation. Elle voit dans son engagement pour l'animation du réseau l'expression de son propre attachement militant à la psychanalyse. Pourtant l'omniprésence de la référence à la subjectivité des adolescents ne repose pas uniquement sur une orientation volontariste de la part de cette responsable administrative : elle fait évidence pour les participants.

Au cours d'une séance, Laurent Echartier, responsable d'une équipe PJJ, fait remarquer que les équipes d'éducateurs portent un regard amusé sur le réseau et rechignent à présenter des dossiers. Cette critique est aussi parfois portée par Mr Favier, qui conteste le bienfondé de « grandes messes au Conseil Général ». A cette contestation, le Dr Boissier répond :

« Il faut un lieu de projection pour faire un travail psychique ».

La réponse du Dr Boissier rencontre l'approbation des participants. Deux points permettent ici un accord des acteurs. D'une part, l'effort de réflexivité (« les réflexions », « les analyses ») doit primer sur la « réponse », c'est-à-dire le traitement du problème concret du lieu d'hébergement. Cette réflexivité soutient la place centrale de la subjectivité, pierre

¹²² Observation du 15 septembre 2009.

angulaire dans la construction des cas. D'autre part, les rapports entre professionnels, en particulier leurs divergences (les « difficultés ») sont conçues comme étant liées aux caractéristiques des adolescents. Cette conception s'inscrit dans la tradition de la psychiatrie institutionnelle et de la clinique « du sens¹²³ » qui a dominé la psychiatrie française jusque dans les années 2000. Elle est tout à fait superposable à l'usage contemporain de la catégorie des adolescents difficiles sur l'agenda politique. La clinique est ici un moyen de légitimation de l'action : le traitement institutionnel que propose le réseau n'a donc plus besoin de se justifier, il va de soi tant pour ceux qui participent au réseau (les membres permanents) que pour ceux de l'extérieur (qui viennent présenter, les décideurs politiques et institutionnels).

2.2. Construire l'analyse des cas.

Deuxièmement, outre l'analyse des difficultés entre professionnels, la clinique sert à la construction des cas. La référence à la subjectivité permet d'analyser les « difficultés » de l'adolescent, en particulier sa violence. Ainsi, Mme A, l'assistante sociale de l'ASE, commente la discussion sur le jeune Killian, 16 ans, exclu de diverses structures pour ses comportements violents.

Mme A : « l'idéal, c'est notre idéal. On est là pour l'aider à reconstruire sa vie. Sa mère n'a aucun désir pour cet enfant, son désir c'est qu'il soit en échec. Il est prisonnier de cette histoire-là, il faut qu'il soit actif ».

Dr Dumont : « c'est tout à fait cela, oui. »

Elle présente ici son interprétation devant la psychiatre qui la légitime. Dans ce cas, l'analyse repose sur une conception de la subjectivité, tout en restant dans un lexique profane. Au cours de la même réunion, Youcef Chourfi commente l'exclusion de Killian de plusieurs foyers suite à des agressions envers des éducateurs :

« C'est sa manière de... de ne pas créer un lien, puis quand il voit que c'est possible, il crée le lien. C'est lui qui tient les rênes de la relation avec l'adulte. La proximité

¹²³ Le psychiatre Henri Ey (1900-1977) a été la figure emblématique de la clinique « du sens ». Il a promu un modèle « organo dynamique », associant les apports de la neurologie, de la psychanalyse et de la philosophie. Cette conception du travail psychiatrique revendique une distance tempérée avec la médecine, une appréhension globale du sujet et une recherche du sens des manifestations comportementales. Voir (Brusset 1999).

physique le heurte. Il faut une présence, proche, pas loin mais qui ne le heurte pas. Il est dans le rejet de l'adulte, mais il besoin du regard de l'adulte pour le narcissiser. »

Au cours d'une autre réunion, Mr B, un éducateur d'un lieu d'hébergement, dispute le terme « psychose blanche » avec le Docteur Dumont. Ils parlent ici de l'inscription d'un jeune Karim, bientôt âgé de 16 ans, sur une Mission Locale pour l'emploi¹²⁴.

Mr B « (Karim) dit qu'il faut qu'il s'y mette, c'est très surmoïque. Je lui dis : à 15 ans, on ne sait pas toujours ce qu'on va faire.

Dr Dumont: « On lui ferait sauter l'étape de l'enfance à l'âge adulte (en l'inscrivant sur la mission locale).

Mr B : « Oui, on ne sait pas... Le mimétisme ça peut être une bonne psychose blanche. Si ça pète, on le voit bien.

Dr D: « Enfin, ce qu'on peut dire c'est qu'il a un trouble de l'identité.

Mr B : « Si on dit ça, on n'a rien dit. »

Au cours de la réunion¹²⁵ consacrée au jeune Mohamed, l'assistante sociale de l'ASE décrit sa violence comme « un bouillonnement intérieur », « une cocotte-minute ». Elle relate sa relation avec sa mère, en soulignant la précision des termes utilisés, avant d'aborder son exclusion des établissements éducatifs.

« Sa mère le prenait comme un doudou. C'est *incestuel* ... je ne sais pas s'il y a eu des faits *incestueux* (*elle souligne*). (...) C'est la problématique psychiatrique qui fait peur, on va dire « c'est une problématique trop complexe » et on ne prendra pas ce jeune ».

Dans ces différents exemples, la violence de l'adolescent est analysée avec des termes savants : « incestuel », « incestueux », « psychose blanche », « narcissiser », « trouble identitaire », « surmoi »... L'usage non seulement de ces termes psychopathologiques mais des concepts qui s'y rapportent fait l'objet d'une forme de revendication de la part des travailleurs sociaux. Ils sont intégrés dans leur analyse des cas et engendrent une rivalité avec les psychiatres.

¹²⁴ Observation du 17 juin 2010.

¹²⁵ Observation du 30 avril 2009.

C'est une des raisons pour laquelle l'assimilation de la violence à une « problématique psychiatrique » est généralement contestée par le Dr Boissier. Sa préoccupation n'est pas tant de ne pas « se récupérer tout ce que la justice veut mettre de côté ». Il cherche surtout à dénoncer l'assimilation de la violence à un trouble psychiatrique et celle de la « délinquance » avec la psychopathologie. Dans la pratique cependant, cette distinction est le plus souvent impossible et le Dr Boissier en convient lui-même.

2.3. Trop de clinique, mais pas assez de clinique.

L'analyse clinique, envahissant les réunions, est tout à la fois une évidence et une nécessité dans la construction des cas. Le savoir clinique est approprié par les travailleurs sociaux, partiellement vulgarisé, revendiqué, contesté. Ces ambiguïtés sont illustrées par la position de Marc Favier. Il souligne volontiers que trop souvent « les psys finissent la réunion et la messe est dite »¹²⁶. Lors d'un entretien, accompagné d'un éducateur et d'une éducatrice de son service, il précise :

Mr Favier : (les psychiatres sont) un peu donneurs de leçons pour faire court. On vous dit les choses comme on les pense...moi j'ai vécu très souvent ça...

Educatrice : Oui, plusieurs fois.

Mr Favier : ...Aux réunions sur les adolescents en difficulté, c'est dommage enfin. (...) C'est vrai qu'à des moments par rapport à la psychiatrie où ça fait un peu donneur de leçons, quoi!... Mais c'est ce que je disais, les « sachants » et puis les autres qui viennent, qui sont demandeurs.

Lors d'une séance, au contraire, Mr Favier tient la position suivante¹²⁷ :

Mr Favier : « Moi, je l'ai déjà dit, je suis un des plus anciens, ça fait dix ans que je viens (aux réunions). C'est intéressant, il faut pas que les psys s'en aillent. »

Ces propos font écho au document de bilan produit pour les années 2008 à 2011 :

« A deux reprises, les médecins n'ont pas pu être présents et l'absence de leur intervention a été particulièrement regrettée par les professionnels de terrain. »¹²⁸

¹²⁶ Observation du 26 novembre 2015.

¹²⁷ Observation du 24 mars 2011.

La psychiatrie est donc tout à la fois trop présente, trop dominante et indispensable dans l'activité du réseau. La visite du bureau de Marc Favier illustre la place complexe qu'occupe la clinique dans le travail avec les adolescents difficiles.

Les murs du bureau de Marc Favier, presque nus, sont tout de même personnalisés de quelques décorations : des dessins d'enfants faisant référence aux différents continents, une photo d'un groupe d'adolescents et un montage-photo humoristique faisant allusion à la psychanalyse. Ces dernières photos ont été prises sur une statue en bronze qui représente Freud se tenant à la tête d'un divan, en position d'écoute psychanalytique. Cette statue orne l'abribus à l'arrêt qui dessert un des hôpitaux psychiatriques de la ville. Le divan sert de banc aux passagers attendant le bus. Le montage-photo montre un homme assis dans trois positions successives avec un bandeau légendant chaque image. Sur la première photo, l'homme fixe l'objectif de l'appareil, sous la légende « moi ». La seconde image, intitulée « surmoi », montre l'homme regardant Freud avec un air apeuré. Sur la troisième photo, l'homme est en train d'étrangler Freud, la légende en est « ça ».

Cette représentation tout à la fois drôle et teintée d'hostilité à l'égard du père de la psychanalyse trouve un écho dans les positions de Mr Favier, qui tour à tour fait appel à la psychiatrie et lui porte grief (pour ne pas dire : lui tord le cou). Sa position, contradictoire, illustre celle des travailleurs sociaux vis-à-vis des psychiatres, alternant contestation agressive, attente massive et critique de leur inefficience. Ces ambiguïtés traversent l'activité du réseau : si des mouvements de contestations et de divergences sur l'usage de la clinique peuvent survenir entre travailleurs sociaux et psychiatres, ils restent dans le cadre de la clinique qui apparaît coercitif, c'est à dire qu'il s'impose à tous. Ainsi, ces désaccords sont, *in fine*, recadrés par le savoir clinique lui-même qui les rapporte aux difficultés de l'adolescent, idée que personne ne conteste. Une telle force, incontestable, de la clinique n'est pas très éloignée de l'objection que Karl Popper a proposée au sujet de la psychanalyse (Popper 1958, p. 36) : elle est « infalsifiable » (et donc ne relève pas de la science expérimentale telle

¹²⁸ Document du réseau : Bilan des années 2008 à 2011.

qu'il la définit) car toute objection peut être prise en compte par la théorie elle-même¹²⁹. La clinique exerce ici un véritable magistère : on peut être en désaccord sur la clinique, se la disputer mais on ne peut pas faire sans la clinique... ou plutôt on ne peut pas faire hors la clinique.

3. Souffrant mais pas malade

Ce recours extensif à la clinique, plus ou moins savant, ménage une place paradoxale pour la maladie mentale : les adolescents sont toujours décrits avec des termes cliniques mais ils ne sont jamais malades. Si les acteurs débattent régulièrement et parfois de manière agressive sur les interprétations du cas et les solutions à y apporter, cette dialectique « toujours souffrant, jamais malade » semble partagée de manière implicite par l'ensemble des participants, y compris par les psychiatres.

3.1. Des jeunes souffrants mais pas malades

Les adolescents difficiles ne sont « pas malade (s) mais fragile (s) quand même », comme le dit le Dr Dumont au sujet d'un jeune Laïs. Au cours d'une séance, Mr Chourfi, venant ici non pas comme membre permanent mais comme « soutien à l'UT » (Unité territoriale du Conseil Général), décrit la « souffrance pas mentale » de la jeune Ouria, âgée de 16 ans¹³⁰. Cette adolescente se trouve depuis 8 mois à La Bellegarde. Cet établissement où travaille Mr Chourfi est normalement dédié à un accueil d'urgence de 3 semaines. Le dossier d'Ouria a été refusé par nombre de foyers. Dans la séquence qui suit, Mr Chourfi échange avec Mme E, une éducatrice de son foyer et avec Mme A, éducatrice à l'ASE qui suit Ouria et lui cherche une place « pérenne ».

Mme E : « Moi je vais lire un compte-rendu rédigé par l'équipe éducative, je lis : Ouria est une jeune en grande souffrance qui est à La Bellegarde depuis 8 mois alors qu'elle ne devait y rester que 21 jours et cela la fait souffrir. (...). Elle se met en danger, elle casse des vitres avec sa main. Elle se sent à part, elle attire l'attention des

¹²⁹ Selon Popper, si une hypothèse s'avère contredite par l'expérience, il existe toujours une raison inconsciente qui peut être alléguée pour expliquer cette contradiction.

¹³⁰ Observation du 20 janvier 2011.

autres. Elle a un grand potentiel intellectuel et d'études. Il lui faut un hébergement pérenne, en petit effectif, avec une reprise de scolarité.

Mr Chourfi : Au début elle fuguait beaucoup, elle avait des plaintes dans son corps. Sa souffrance n'est pas mentale, elle n'est pas folle comme sa mère le dit. Elle souffre dans son corps. Elle fuguait pour aller à l'hôpital. (...)

Mme A : Les difficultés psychiques font peur. Le problème c'est : qu'est-ce qu'on dit ou pas ? Quand on fait le dossier, je peux pas mentir non plus... Au foyer X, par exemple, le motif était : on a connu la mère ... en 1977 ! Parce qu'elle avait été elle-même placée ! (*rires dans l'assistance*)

Mr Favier : C'est vrai quand on dit : elle fugue, elle se scarifie, elle n'a pas de scolarité...

Mme Poncet (*sur le ton de la colère*) : Mais cela ne résume pas Ouria !

Dr Boissier : Il faut mettre en avant ce qui a été fait, dire qu'elle a progressé, lors de son séjour à La Bellegarde. Il faut que les institutions reconnaissent ce qui se passe dans d'autres institutions. On dit qu'elle a besoin de soin, mais les soins sont là déjà : la psycho, le CMP... On dit qu'il faut pas la mettre du côté des difficultés mentales. C'est une jeune fille état limite. Bon ! On en a plein...

Une série d'enjeux, ayant tous trait à la vulnérabilité de l'adolescent, s'entremêlent dans cette insistance sur l'idée que la jeune Ouria est « souffrante mais pas folle ». Il s'agit de la protéger de sa mère qui lui dit qu'elle est folle et qui, ayant le même parcours de placement, lui assignerait un destin. Il s'agit de la protéger de la stigmatisation (« faire peur ») et de ses deux effets confondus : nuire à la jeune fille et nuire au traitement de son dossier. La suite de la discussion sur Ouria illustre cette confusion.

Dr Dumont : « Elle fait en fonction de l'adulte et elle est gratifiante... difficile mais gratifiante. C'est pour ça qu'il faut construire avec elle.

Mme Poncet: C'est dommage pour les structures qui la refusent, elle a plein de qualités.

Dr Dumont : Le problème, c'est le dossier.

Mr Chourfi : Moi je suis pas au quotidien avec elle, comme chef de service je ramasse parfois les éduc' à la petite cuillère. »

Une série d'éléments indique cette confusion entre souffrance des adolescents et souffrance des professionnels : la présence de l'éducatrice de La Bellegarde, le fait que celle-ci insiste sur son rôle de porte-parole des éducateurs (elle lit un écrit collectif), sa description confuse de la souffrance d'Ouria (elle souffre de ne pas être orientée sur un autre foyer), l'insistance sur la souffrance des éducateurs (« ramassés à la petite cuillère » par leur responsable).

Cette qualification souffrant/pas malade se trouve dans le discours du Dr Boissier. Il estime même que la psychopathologie ne concerne « pas tous (les adolescents présentés aux réunions), mais une bonne partie ». Au sujet de l'ouverture du service qu'il dirige, il mentionne le problème des « états limites », synonyme d' « adolescent difficile ». Il justifie son aversion pour le terme « souffrance psychique » qui rend confuses les limites entre interventions éducatives et psychiatriques.

Dr Boissier : « On a ouvert dans ce contexte-là. Sur les indications, c'était très vaste. D'emblée, on avait mis, j'ai bien ajouté, de faire attention à la délinquance sans troubles psychopathologiques et aux patients déficitaires. D'emblée, on a fait très attention là-dessus parce que en voyant les autres endroits qui commençaient à s'occuper d'ados, ils étaient embolisés d'une part par les états limites mais aussi beaucoup par les patients déficitaires. Les états limites, il y a toujours un moment où on arrive à s'en sortir parce qu'ils grandissent, ils fuguent, etc. Les patients déficitaires, là c'est terminé, une fois qu'ils sont à l'hôpital, pfft! (...) Des fois il n'y a plus aucun débouché. Et puis il faut les protéger des autres, qui les martyrisent. (...) »

Yannis Gansel : Pour toi, il y a des délinquants avec psychopathologie et, chez les ados, des délinquants où il n'y a pas de psychopathologie ?

Dr Boissier : oui, c'est pour cela que je n'aime pas la souffrance psychique. Ce n'est pas une indication de soins psychiques, on ne peut pas faire de la souffrance psychique une indication de psychiatrie. Ça serait un moyen de se décharger... je dis aux éducateurs : si je perds quelqu'un je vais être vraiment souffrant mais je ne suis pas malade, je ne suis pas du côté de la psychiatrie. On a le droit d'être souffrant et la souffrance psychique peut être étayée par tout le monde. Alors que nous, on fait de la psychiatrie, il faut qu'il y ait une pathologie parce que sinon on ne sait plus ce qu'on fait, on ne sait plus ce qu'on soigne. A ce moment, il faut qu'il y ait vraiment une demande. On ne peut pas se contenter de dire : il fait ça donc il est souffrant donc il faut que vous le voyiez. »

Un tel discours, tout comme les positions tenues par le Dr Boissier lors des réunions, illustrent l'idée que les adolescents difficiles sont souffrants mais pas malades.

3.2. Une construction indépendante du savoir psychiatrique.

Le jeune Olivier fait l'objet d'une commission particulièrement houleuse¹³¹. Le Dr Boissier traite ce jeune garçon dans son service hospitalier depuis plusieurs années, avec des périodes d'hospitalisations complètes ou à temps partiel. Dans la séquence d'interview suivante, nous abordons la séance sur Olivier, tenue quelques mois plus tôt.

Yannis Gansel : « Olivier, toi tu le catégoriserais comme un état limite ?

Dr Boissier : Non, il est plus du côté de la structure psychotique. Il a un côté dysharmonique¹³². Le Professeur Fontaine appelait ça les pré-psychoses. Je n'ai jamais bien su ce qu'il appelait pré-psychose. Mais c'est plus... il y a des moments où on l'a vu désorganisé. Quand on tenait des choses très dures, comme la chambre d'isolement parce qu'il explosait dans tous les sens, qu'il n'a plus la possibilité de jouer sur les perversions, là on voit qu'il va mal. Il peut le dire, il s'effondre, on voit qu'il va mal. Il a un aspect thymique, mais beaucoup d'angoisse, des angoisses de morcellement, à la limite de la désorganisation.

YG : Pour toi, le fait qu'il ait un problème psychopathologique sérieux, ça ne fait pas de doute ?

Dr B : Ah oui oui ! D'où la nécessité de soins pour Olivier. Ça a toujours été acquis. »

Pour autant, au cours de la séance en question, le Dr Boissier n'a jamais mobilisé ce diagnostic de dysharmonie ou pré-psychose. Voici la séquence de cette réunion où il décrit cet adolescent :

Dr Boissier : « Alors quand on l'a reçu, on a vu un garçon avec des aménagements pervers. Au bout d'une heure, il a mis le feu au service, au sens propre et il m'a dit « j'ai déjà fait fermer un service, je vais faire pareil avec le tien ». On a dû mettre des limites très fermes, ça a été musclé. L'éducateur PJJ voulait qu'il voit sa mère, Olivier fait faire des choses folles au éduc'. Alors avec Mme D (le juge), j'avais dit qu'il fallait

¹³¹ Observation du 20 janvier 2011.

des lieux de rencontres des différents professionnels. La mère est très perverse, sous des apparences très avenantes, on avait bien vu cela. On a travaillé avec la direction de (son foyer), puis tout à coup on a été mis à l'écart. Des décisions ont été prises sans nous. Le soin est basé sur la confiance, la parole, la fiabilité de la parole. Et cette fiabilité a été mise à mal. J'ai écrit plusieurs fois au juge pour avoir une instance de décision commune, sans réponse. Il faut mettre du tiers entre la mère et le fils. Ce tiers s'est dissout. La demande du foyer (d'orienter Olivier sur un autre foyer) est aberrante. C'est une négation de la parole du juge. Je préviens que j'arrêterai les soins si on continue comme cela à disqualifier la demande que j'ai faite. Plusieurs lettres que j'ai faites au juge sont restées sans réponse. Franchement, c'était à la limite de l'impolitesse ! *(Il dit cela visiblement en colère. Suit un silence dans l'assistance).*

Puis, alors que l'assistante sociale de l'ASE évoque à nouveau la recherche d'un autre foyer, il s'emporte :

Dr Boissier : « Mais je parle chinois ou quoi ? *(sur le ton d'une colère vive, Mr Amzaoui acquiesce en riant).* C'est une place symbolique ! Il a des défenses perverses, pour se défendre, il a une histoire abominable, il a été perverti. Avec un père qui lui faisait des choses abominables et sa mère qui disait « Ah ! je ne savais pas ». Il ne peut pas intégrer la loi symbolique. La question n'est pas de savoir si c'est le bon lieu. La question c'est qu'il respecte une parole donnée par un tiers fort, le juge. Il faut une enveloppe symbolique pour la prise en charge ».

Même lorsqu'il diagnostique une pathologie au sujet d'un patient, le Dr Boissier ne la mobilise pas du tout dans la discussion en réunion. Place de la Loi, fiabilité de la parole, respect entre professionnels, engagement des acteurs, vulnérabilité de l'adolescent... tels sont les éléments qui organisent la construction problématique d'Olivier. À aucun moment, ce n'est la pathologie qui sert de cadre de référence aux acteurs au cours de cette réunion. La réunion consacrée à la jeune Augustine illustre également ce paradoxe¹³³.

¹³³ Observation du 22 octobre 2009.

Originnaire du Congo Brazzaville, Augustine est arrivée en France à l'âge de 8 ans, où elle a rejoint ses parents. Ceux-ci avaient quitté Brazzaville successivement lorsqu'elle était âgée de 4 puis 7 ans, la confiant à « sa grand-mère ». Augustine est connue des services sociaux depuis l'âge de 10 ans, pour des conflits avec sa mère, et des actes violents de celle-ci. Augustine a été récemment hospitalisée en psychiatrie après une tentative de suicide. Du fait d'importants conflits familiaux, notamment envers sa mère, un signalement a été émis par le service hospitalier et Augustine est sortie de l'hôpital en placement judiciaire. Par la suite, il s'est avéré impossible de maintenir le placement, Augustine présentant de nombreux problèmes de comportement (fugue, refus de l'autorité des adultes). Par ailleurs, elle fait des « crises » dans ces lieux de placement, au cours desquelles elle se montre inaccessible à son entourage, disant entendre et voir des personnes mortes. Son père interprète ces crises comme le signe d'une « possession ». D'après le père, elle serait envoûtée et il faudrait aller à Brazzaville pour la faire désenvoûter.

Le réseau a été sollicité par l'ASE, devant la multiplication des lieux de placement depuis sa sortie de l'hôpital, Augustine ayant déjà été mise à pied de deux foyers et deux familles d'accueil en l'espace de 2 mois.

A l'issu de cette présentation faite par l'assistante sociale de l'ASE, une remarque du Dr Boissier oriente très nettement l'analyse du cas. Alors que les participants échangent sur les solutions de placement à proposer au juge ainsi que les réponses à faire à la demande parentale de quitter le territoire pour un « désenvoûtement », il intervient de la façon suivante : « on ne peut pas travailler avec ses parents ». L'idée est tout de suite reprise par les travailleurs sociaux. Ils renchérissent de la sorte : les parents « doivent exercer l'autorité parentale » et « il faut qu'ils prennent leurs responsabilités ». « Il faut qu'ils aient une place de parents, les générations ne sont pas bien situées », juge Mr Amzaoui. Au sujet des difficultés rencontrées sur les lieux de placement, ce dernier estime que « ça ne relève pas des soins, il faut un cadre éducatif. (...) Elle est toute puissante cette jeune fille ». En fin de séance, les membres permanents se prononcent unanimement pour une demande de levée du placement, idée proposée par le Dr Boissier.

Le ressort d'une telle unanimité est activé par le psychiatre, mais sans référence au savoir psychiatrique. Alors même que c'est une question clinique très usitée, faisant l'objet d'interprétations contestées, les « crises de possessions » ne sont pas discutées en termes diagnostiques ou pathologiques. Le paradoxe pourrait être donc le suivant : la parole psychiatrique lève l'incertitude, au nom d'un argument que l'on pourrait qualifier de législatif, ou tout du moins de normatif.

Enfin, cette ambiguïté « souffrant mais pas malade » s'associe à un effacement des frontières professionnelles. Ainsi, au sujet du jeune Olivier¹³⁴:

Dr Boissier : « ça vous met dans une position folle si vous devez aller le chercher. La loi doit tomber, sans faille. S'il y en a un pour qui la loi doit tomber, c'est lui. Je dis ça, si ce n'est pas entendu... »

Ainsi, l'assistante sociale de l'ASE au sujet de Samir, 14 ans¹³⁵:

« Il prenait son traitement par Risperdal... Risperdal tout court, avant il avait du Tercian mais ça a été arrêté. »

Ou encore, l'éducateur PJJ au sujet de Tarik :

« Il prend un traitement par comment déjà... du Xanax, c'est ça (se tourne vers le Dr Boissier, qui ne réagit pas) mais il dit que ça ne fait pas de différence s'il en prend ou pas. »

Lors des réunions, ce sont les psychiatres qui parlent de la loi, ne faisant qu'exceptionnellement des commentaires sur les aspects médicaux du traitement. Paradoxalement, ce sont les éducateurs qui semblent les seuls porteurs de la question des médicaments. La construction des adolescents difficiles repose sur une forme de paradoxe : le savoir psychiatrique est tout à la fois omniprésent mais la construction et le traitement des cas se fait indépendamment de lui. Comme nous le verrons, lorsque les psychiatres usent de savoirs professionnels (diagnostic, pronostic, thérapeutique), les éducateurs usent d'une « indifférence pratique ». Mais ce sont eux qui se préoccupe des traitements (dans

¹³⁴ Observation du 20 janvier 2011.

¹³⁵ Observation du 27 mai 2011.

quel endroit on peut les ranger, par exemple) lorsque ceux-ci s'intègrent dans le « socle domestique du care » (Ravon et Ion 2012).

3.3. Les rares cas d'enfants sont organisés autour de la maladie.

Ces éléments contrastent avec le traitement des « enfants ». En de très rares occasions, le réseau examine des situations de « mineurs » plus jeunes (âgés de moins de 12 ans). Ceux-ci sont alors qualifiés d'« enfants »¹³⁶ lors des réunions (par opposition aux qualifications usuelles : « ado », « jeune », parfois « gamin » concernant les mineurs plus âgés). C'est le cas de Jérôme Cissé, âgé de 11 ans¹³⁷. Sa situation est présentée par l'assistante sociale de l'ASE en charge du placement, par l'éducateur de l'association qui suit sa famille d'accueil et par le centre de jour psychiatrique où il est traité. Il s'agit d'« un enfant en grande difficulté » selon l'assistante sociale de l'ASE. Ces professionnels craignent que la famille d'accueil arrête la prise en charge, alors même que Jérôme est déjà déscolarisé depuis un an et que les soins psychiatriques en centre de jour vont s'arrêter dans un an du fait d'une limite d'âge fixé à 12 ans. La psychologue du centre de jour analyse ces exclusions de diverses institutions (école, service de pédiatrie).

La psychologue : « Les autres enfants l'insécurisent, il a une problématique abandonnique importante en plus des autres symptômes. Il présente des moments de régression avec des mouvements de persécution. Pour préciser l'orientation, c'est compliqué. Il a une partie saine avec des capacités intellectuelles. Il est important de faire du lien, de montrer que l'on pense tous à lui. Il y a un déni des symptômes qu'il fait vivre à la famille d'accueil. Il n'est pas malade pour lui. (...) Dans sa pathologie, l'autre l'intruse. »

La psychiatre du centre de jour interprète les propos de l'éducateur qui décrit les difficultés de Jérôme pour s'habiller.

L'éducateur : « Il refuse de grandir, par exemple il arrive pas à boutonner son pantalon, pourtant moi je dis : il a des doigts comme les autres. »

¹³⁶ Il s'agit de trois cas sur 27 observations détaillées en se basant sur la dénomination (enfant ou non) et non pas sur l'âge: cas de Ryan, 12 ans, traité comme un « jeune ».

¹³⁷ Observation du 16 décembre 2010.

La psychiatre : « Moi j'ai eu des doutes sur le problème pour boutonner ses boutons. Il a eu une IRM et un bilan neuropsychologique au début. Il a des syncinésies, avec à l'IRM une image toute petite, à la limite de la normale, mais moi je pense que c'est des mouvements de régression. »

Enfin, les difficultés de la famille d'accueil de Jérôme sont lues ainsi par le Dr Dumont :

Dr Dumont : « Pour la famille d'accueil, on peut se poser des questions. Enfin, je veux dire, ce que vous décrivez c'est un enfant très dysharmonique, très pathologique. Vous avez fait et la famille d'accueil aussi, du sur mesure, c'est très bien, il est très investi. Il faut garder cette famille. Mais on voit bien comment cette famille se referme. (...) On voit bien que c'est lié au transfert psychotique. Des familles qui se renferment sur elle-même, qui s'isolent, on voit ça avec les parents d'enfants psychotiques. »

Contrairement au cas du jeune Olivier, celui de Jérôme est construit autour de son « trouble » ou de sa « pathologie ». L'éducateur qui suit la famille d'accueil mentionne que son frère aîné « a les mêmes troubles que Jérôme » et sa mère « est elle-même malade ». La psychologue du centre de jour interprète l'exclusion scolaire par cette pathologie. Les interprétations données ici sont très médicales, faisant référence à des symptômes (mouvements anormaux, régression, persécution) et des catégories diagnostiques (sa pathologie, le trouble partagé avec son frère, la maladie de la mère). Le Dr Dumont rapporte les difficultés des assistants familiaux à celles de toute famille élevant un enfant psychotique : tendance à se refermer sur elle-même, à s'isoler. Ces difficultés sont interprétées ici comme liées par nature à la pathologie de l'enfant (via le « transfert psychotique »).

Deux points sont remarquables, si ce n'est unique, dans cette séance : l'accord sur le diagnostic et sur les termes cliniques (qui ne sont pas disputés entre psychiatres et travailleurs sociaux) et la prédominance de la pensée diagnostique (au sens médical de catégorie) dans la construction du cas. Cette contradiction avec la dialectique habituelle des adolescents « souffrants mais pas malades » s'explique par deux points. Premièrement, le recours au diagnostic psychiatrique engage habituellement la peur de l'adolescent, de sa dangerosité c'est-à-dire le risque de stigmatisation. Or ce risque est bien moins présent pour

les enfants, dont la vulnérabilité est conçue comme essentielle. D'autre part, la notion « d'adhésion », renvoyant à l'autonomie, n'est pas mobilisée pour les enfants. Ceux-ci sont considérés comme dépendants du fait de leur immaturité, elle aussi conçue comme essentielle.

3.4. Le silence, l'indifférence pratique et l'activité prudentielle

Dans la réunion consacrée à Augustine, les travailleurs sociaux se rallient à la parole du psychiatre. Dans la discussion paradigmatique sur le jeune Sofian, ils se taisent lorsque le Dr Boissier utilise une catégorie nosographique et un savoir médical pronostique pour réduire l'incertitude de l'assistante sociale située en première ligne. Le savoir psychiatrique semble ici contraindre les travailleurs sociaux au silence et orienter la décision des participants. Pour autant, même lorsqu'il utilise et porte un diagnostic dans le traitement d'un adolescent, le Dr Boissier ne le mobilise pas du tout dans l'activité du réseau.

De manière schématique, il semble ici se jouer une scène de domination : le psychiatre au fort capital symbolique, sans le vis-à-vis des juges, dominerait les travailleurs sociaux et les empêcherait de parler. Pourtant, cette asymétrie des savoirs cliniques ne peut être lue qu'au seul prisme de la domination, trop statique et limitatif.

L'humour des travailleurs sociaux (« il faut que ça soit simple ») souligne une asymétrie de savoir. Cependant, une telle asymétrie face à l'utilisation de savoirs spécialisés issus des logiques professionnelles classique (au sens fonctionnaliste et élitiste) n'est pas propre aux psychiatres. Elle émerge également au sujet du droit, utilisé par les cadres de la PJJ (« parler en code »). Plus qu'une hostilité ou une contestation, cette asymétrie est abordée par une forme d'indifférence, marquée par l'usage de l'humour.

L'expression d'« indifférence pratique » proposée par Alexandra Bidet (Bidet, Boutet et Chave 2013, p. 16) permet de rendre compte de la place du savoir psychiatrique dans le réseau. En effet, ce savoir, tout comme les savoirs juridiques, ne fait pas réellement l'objet d'une transaction entre participants. Comme nous l'avons vu, il n'est que rarement mobilisé en tant que tel et ce ne sont pas les éléments d'expertise diagnostique ou thérapeutique qui organisent les échanges et la construction des cas. Au sein du réseau, « l'intelligibilité mutuelle n'est pas centrale pour le déploiement d'une activité collective ». L'analyse pragmatiste proposée par Bidet substitue la notion de « co-activité » à celle classique

d'interaction utilisée par Anselm Strauss, qui implique une perspective commune¹³⁸. Comme dans les cas étudiés par Bidet, l'activité du réseau repose en partie sur une juxtaposition d'activités, sans intelligibilité commune. Il s'agit d'un « accord pratique » reposant sur une forme d'indifférence des psychiatres ou des juristes de la PJJ pour les travailleurs sociaux, indifférence « non pas morale mais pratique » (*Ibid.*, p. 12). Reprenant les conceptions de Kenneth Burk, Bidet souligne l'importance prise par de telles modalités de transaction dans un monde professionnalisé et spécialisé, où l'expertise prévaut et où les possibilités de mise en commun sont structurellement réduites. Ces conceptions permettent d'

« Aborder le travail dans un monde technicisé et cosmopolite où, d'un point de vue organisationnel, une part plus grande est laissée aux improvisations du moment et aux expertises locales, et où, du point de vue des acteurs, les coopérations se tissent de plus en plus souvent avec des personnes et des dispositifs techniques qui leur sont et leur restent étrangers. » (*Ibid.*, p. 2-3)

Plus que le savoir psychiatrique à proprement parler, portant sur les maladies et les traitements, c'est le savoir clinique, psychopathologique, porté par la définition des adolescents difficiles, qui sert d'expertise locale et permet une co-activité.

Poursuivant le travail de Florent Champy, Didier Vrancken (Vrancken 2012) souligne que le concept de « pratiques prudentielles » renouvelle la sociologie des professions dans le contexte d'une transformation de l'Etat social et d'orientation de l'action publique vers les individus et les subjectivités. La définition (*Ibid.*, p. 29) fonctionnaliste originelle des professions a été contestée par les interactionnistes qui l'ont déconstruite comme trop élitiste. Mais cette déconstruction a fait perdre de vue l'opposition intrinsèque que contient la profession aux lois du libéralisme, les privilèges professionnels (tel le monopole d'exercice) ne répondant pas aux principes du libre-échange. La crise contemporaine des professions est générée par l'inflation de leur cadre contractuel : professionnels comme usagers sont de manière croissante sur un plan d'égalité, contractant d'un même contrat, redevables de leurs actes. La « transcendance » de l'institution dans le travail professionnel s'estompe. Pour ces raisons, et car l'action publique s'intéresse de manière croissante à l'individu et à sa

¹³⁸ Dans les cas décrits par Anselme Strauss à l'hôpital, il s'agit d'une perspective commune entre médecin et malade pour traiter la maladie.

singularité, l'activité professionnelle s'incline vers des pratiques prudentielles. La pratique prudentielle se résume de la sorte : l'activité contient une incertitude irréductible, le traitement de cas singuliers et complexes rend impossible l'application mécanique de savoirs scientifiques au matériau humain. Cette incertitude ouvre à une pluralité (et une compétition) d'interprétations ainsi qu'à une prise de risque. La prudence s'impose et passe par une activité collective de délibération. L'activité professionnelle prudentielle repose dès lors sur

« Des savoirs et des savoir-faire présentant un haut niveau d'abstraction mais également une insuffisance de formalisation ».

L'activité médicale ainsi qu'un certain nombre de « métiers inspirés » développés dans le cadre des Etats sociaux occidentaux répond à cette analyse. L'activité du réseau pour adolescents difficiles s'intègre dans ces activités, infléchies par les évolutions de l'Etat social. Le savoir clinique qui organise la catégorie d'action publique ne peut s'appliquer de manière univoque pour ces adolescents « souffrants mais pas malades ». L'activité du réseau offre une légitimation collective à la « prise de risque », qui se voit « partagée ».

Dans cette activité de transversalisation professionnelle, travail social et psychiatrie sont dans des positions inégales. Ces deux domaines d'activités mobilisent des savoirs spécifiques (issus des sciences humaines dans les deux cas), une incertitude et une réflexivité sur l'activité. Mais le travail social ne dispose pas de l'autonomie de la psychiatrie dans la décision, la réflexivité, la détention et la reproduction de ses savoirs. Les inflexions du travail social vont dans le sens de pratiques « d'intermédiation », traitant des flux, des parcours. La gestion de réseaux remplace progressivement les pratiques institutionnelles d'intégration appuyées sur un cadre bureaucratique fortement normatif.

4. Déstigmatiser

Au cours d'une séance, les professionnels étudient le cas du jeune Tarik, 17 ans¹³⁹. Fait exceptionnel, c'est une équipe de la PJJ qui présente le dossier. Mr Echartier, habituellement membre permanent, est aujourd'hui du côté de ceux qui présentent.

Mr Echartier : «Ce jeune, c'est un gros profil abandonnique. Il a été rejeté par ses parents, il développe des comportements... il teste tous les cadres, pour voir si on va rejouer l'abandon des parents. (...) On doit expliquer le profil du gamin aux gendarmes, leur dire : des fois il est disjoncté, pris de colère, de casser. Ils ont du mal à le croire. C'est impressionnant, ce renversement très soudain de comportement. L'avis du psychiatre m'intéresserait par rapport à ça (*Il se tourne vers le Dr Boissier qui ne dit rien*). Je le mets en garde, je lui dis si tu continues, il va y avoir la prison ou l'hôpital psy, même si là je m'avance un peu. Je suis sceptique sur l'avenir de ce gamin. Dès qu'il a une échéance, ça le fait monter. Un truc le fait disjoncter, et c'est soit il se fait planter, soit il plante quelqu'un. Il a une colère qu'il ne peut pas évacuer. (...) Il a un suivi par la parole, avec une psychologue qu'il investit bien. Elle voulait qu'il voit le psychiatre au CMP pour son ordonnance, mais comme il est intelligent, il sait ce que c'est un psychiatre alors il n'y va pas (*rires parmi les participants*). »

Cette discussion mobilise le sens commun des acteurs sur cette idée d'une souffrance « abandonnique » mais pas psychiatrique : le Dr Boissier ne se saisit pas de la question qui lui est posée, suggérant implicitement que les comportements du jeunes Tarik ne relève pas de « l'avis du psychiatre » ; les participants partagent la remarque humoristique de Mr Echartier sur le refus, très raisonnable, d'aller chez le psychiatre. De manière paradoxale, il est pour autant possible d'envisager l'enfermement psychiatrique, qui se voit ici dissocié de la question de la maladie (« la prison ou l'hôpital psy »), comme réponse sociale à la déviance de cet adolescent mais également à sa souffrance. En outre, l'accord des participants de ne pas assigner le jeune Tarik à une catégorie psychiatrique leur permet de reformuler sa violence (disjoncter, tout casser) en une forme d'indocilité porteuse d'une intention « abandonnique » (tester tous les cadres pour rejouer l'abandon). Ce consensus laisse entrevoir dans l'indocilité de Tarik une forme créative de résistance (lorsqu'il refuse

¹³⁹ Observation du 27 juin 2011.

d'aller voir le psychiatre). Cependant, tant qu'elle est englobée dans la lecture subjective « abandonnique », cette dimension de résistance ne peut être approfondie.

4.1. « Il a été adopté au village »: une déstigmatisation ethnique et migratoire.

Autre séance¹⁴⁰, au sujet du jeune Farid, 15 ans. Mr B, son éducateur en hébergement « atypique », décrit « l'inquiétude » de cet adolescent, qui a un « côté très triste, c'est profond » mais « pas de pathologie psychiatrique ». Lors de la présentation de Farid, l'assistant social de l'ASE (un homme au patronyme francophone âgé d'une quarantaine d'année) insiste longuement sur « les comportements inacceptables » de Farid ayant conduit à diverses exclusions d'établissements éducatifs et scolaires. Il décrit également la famille de Farid, en particulier son frère « engagé dans des mouvements très inquiétants de délinquance dans le quartier » et qui est « en attente d'un CER ». Mr Echartier, intervenant ici comme membre permanent, précise que son service PJJ connaît la famille et évoque les risques de délinquance :

« Tout le monde a un discours et des inquiétudes sur cette famille : la police, les bailleurs sociaux, etc. On pourrait s'attendre à pire au niveau délinquance (pour Farid). »

L'éducateur en charge de Farid, Mr B intervient alors pour présenter la prise en charge actuelle, faite de « mouvements de va et vient avec le milieu familial avant que ça explose ».

Mr B : « Psychiquement, il y a de l'inquiétude. Pour moi, il n'y a pas de pathologie psychiatrique, enfin moi je dis ça mais vous me direz...Il cherche sa place dans sa famille. Il ne dit pas grand-chose mais je peux vous dire qu'il n'est pas autiste. Par exemple, en allant au supermarché, on ne se dit rien, on marche comme ça ; puis tout à coup il s'arrête et dit « ça je connais » en parlant de la musique de l'accordéoniste au coin de la rue ; et il se met à chanter « le temps des cerises ». Pour un rebeu qui écoute du rap, c'est pas mal. Et là, il avait un grand sourire. (...)

Dr Dumont : Quand vous parlez de lui, j'avais l'image que vous le berciez, Mr B.

Mr B : Bercer, tiens ! (moue sceptique).

Mr Echartier : Oui, il y avait des problèmes de sommeil plusieurs fois pour ces enfants. Et la mère, elle est dépendante aux somnifères.

¹⁴⁰ Observation du 17 juin 2010.

Mr B : Quelque part avec Farid, c'est un peu « en faisant rien, je ne déprime pas ». Avec lui, on n'est pas tout le temps en train de faire le commissariat et l'HP.

Mme Poncet intervient alors et le cours de la discussion s'infléchit :

Mme Poncet : Dans cette situation, on est à la recherche de l'éducatif et de la scolarité. L'hébergement, on l'a.

Par la suite, la séance s'oriente vers un projet d'insertion professionnelle. Après discussion, une orientation sur un ITEP ou une autre structure médico-sociale via une notification de la MDPH est écartée. On prévoit de proposer à Farid des stages chez un artisan particulier que certains travailleurs sociaux connaissent. Les membres permanents se prononcent également pour une inscription précoce à la Mission locale¹⁴¹, mobilisant là aussi la connaissance singulière qu'a Mr B des conseillers locaux « qui savent s'adapter au jeune, même si parfois c'est hors cadre ».

Mr B développe ici une stratégie de dé-stigmatisation appuyée sur cette dualité « souffrant pas malade ». Il tente de réduire l'étrangeté de Farid à la fois en termes psychopathologiques et en termes ethniques. Cet adolescent est inquiet mais pas pathologique. Sa dangerosité (le risque de délinquance évoqué un peu plus tôt par Mr Echartier) est ici mise en balance avec sa vulnérabilité psychopathologique (soutenue par la référence métaphorique et développementale au bébé). En outre, l'image de l'accordéoniste jouant le « temps des cerises » souligne cette tentative pour rendre l'adolescent familier. En mobilisant une référence culturelle française devenue traditionnelle, elle atténue la construction du jeune comme étranger. Elle permet également de rattacher sa violence à une forme de résistance populaire : ce chant populaire du 19^e siècle est fortement associé à la Commune de Paris de 1871. Mais, ce faisant, elle écarte la référence au hip-hop (écouter du rap) trop associée aux quartiers de banlieue où Farid pourrait devenir délinquant. Karim Amzaoui était absent lors de cette commission mais au cours d'autres séances, il offre une

¹⁴¹ Les Missions Locales sont des associations de droit privé (loi de 1901) créées par une commune ou un groupement de communes. Les Missions Locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes se sont développées à partir de 1982 grâce à la volonté conjointe des communes et de l'État pour organiser localement une intervention globale au service des jeunes. Elles sont membres du Service Public de l'Emploi. 482 Missions Locales sont présentes sur le territoire national. Voir <http://www.missions-locales.org/> consulté le 11/12/2014.

position de soutien particulièrement attentive à de telles stratégies de déstigmatisation. Malgré cette absence, les membres permanents suivent la ligne ouverte par Mr B : les solutions d'enfermement ne sont pas proposées (contrairement à son frère), on écarte une prise en charge médico-sociale ségrégante (l'ITEP) au profit d'un dispositif généraliste (la Mission locale). L'adolescent se trouve au centre d'un réseau de professionnels liés par l'interconnaissance (Mr B, les conseillers locaux, la PJJ, l'artisan).

Le jeune Anis, 16 ans, souffrant d'une « problématique sexuée ou sexuelle », a été renvoyé d'un accueil familial après s'être exhibé devant la petite fille d'un éducateur. Son passage temporaire dans un foyer a ensuite été marqué par des comportements violents. Son éducatrice rapporte cette période ainsi¹⁴²:

« Il s'est retrouvé en groupe, en milieu urbain. C'était très compliqué, avec des crises de violence, on a pensé à un accueil en milieu rural, dans une petite structure ».

Elle insiste alors sur son intégration du tissu social autour de son nouveau foyer :

« Anis a été adopté par le village, au club de foot. Il salue les gens dans la rue. On nous dit « qu'est ce qu'il est sympa celui-là ». (...) On a trouvé un stage dans une ferme pour lui, il demande de l'attention mais il fait du travail en contrepartie. »

Samir, 14 ans, exclu de divers foyers suite à des comportements violents, fasciné par les « gangsters », est décrit par son éducateur comme ayant traversé une phase où il « n'avait plus de problèmes » :

« Il était en lien avec les personnes extérieures du village, au club de boules par exemple. »¹⁴³

Pour ces deux autres garçons au prénom arabophone¹⁴⁴, les travailleurs sociaux, acteurs de première ligne, mobilisent une référence similaire à celle utilisée pour Farid. Le sport (le foot, les boules), le monde rural (le village, la ferme) ou la musique (le temps des cerises) viennent ici incarner des éléments de culture « traditionnelle française » (même si cette expression n'est pas utilisée par les acteurs eux-mêmes). Ils servent à contrer une

¹⁴² Observation du 24 mars 2011.

¹⁴³ Observation du 27 mai 2011.

¹⁴⁴ Anis a un patronyme hispanophone et Samir un patronyme arabophone.

stigmatisation ethnique désignant les maghrébins (le « rebeu ») et sociale sur leur origine des quartiers populaires de banlieue (le « milieu urbain », le rap, les gangsters).

4.2. «Il doit faire sa peine » : échec du consensus.

Au cours d'autres séances cependant, un tel consensus sur une stratégie de déstigmatisation ne se crée pas et les acteurs entrent en conflit. C'est le cas lors d'une séance consacrée au jeune Virgile¹⁴⁵. Cet adolescent de 16 ans est arrivé « du Congo »¹⁴⁶ dans sa petite enfance, avec sa mère et ses deux frères. Il a été placé par le juge des enfants au titre civil (de la protection de l'enfance) à l'âge de 13 ans suite à des violences du nouveau conjoint de la mère sur la fratrie. L'année dernière, il a été condamné à douze mois d'incarcération pénale pour « des faits graves ». Dans l'attente du jugement, il a été incarcéré trois mois en détention provisoire dans un Etablissement Pénal pour Mineurs puis orienté sur un centre de placement éducatif de la PJJ. Depuis, l'assistante sociale de l'ASE peine à lui trouver une place dans un foyer éducatif : les structures qu'elle a sollicitées sont manifestement « inquiètes par rapport à ses actes graves ». Pourtant un placement doit se poursuivre au titre civil, le juge ayant reconduit cette mesure en parallèle à la condamnation pénale. Par ailleurs, Virgile bénéficie d'une scolarité en IME pour « des troubles cognitifs, de compréhension ».

La discussion sur le cas de Virgile oppose le Dr Dumont, qui estime qu'il doit « payer sa peine », aux autres membres permanents. Ces derniers soulignent la docilité de Virgile. Cet adolescent appelle ses éducateurs dès qu'il rate son bus pour prévenir du moindre retard. Il « fait un travail » avec la psychologue du centre de placement PJJ avec qui il « a bien accroché ». Il ne « pose pas de problème dans la structure » qui l'héberge actuellement. En outre, l'éducateur PJJ qui suit Virgile précise qu'il exécute bien le résidu de sa peine (9 mois restant, suite à la détention provisoire de 3 mois) sous forme d'un aménagement, sans écrou, qui se situe en conformité avec le Code pénal. Cet aménagement a été notifié au Juge d'application des peines et ne doit pas être confondu avec une dispense de peine. L'éducateur PJJ, qui a apporté un exemplaire du Code pénal avec lui pour appuyer son

¹⁴⁵ Observation du 20 mai 2010.

¹⁴⁶ Les acteurs ne précisent pas s'il s'agit du Congo Brazzaville (République du Congo) ou Kinshasa (République démocratique du Congo).

propos, soutient cette organisation sans enfermement en affirmant : « l'éducatif c'est un pari, moi j'y crois ». Il précise :

« Si je lui dis tu ne bouges pas une oreille sinon tu vas en prison, je suis sûr qu'il ne bougera pas. Donc c'est plus sa problématique qu'il faut voir ».

Il ajoute que

« Virgile parle de punition, pas de peine (...). Le mettre en prison, ça n'aurait pas de sens pour lui, avec sa problématique comme on dit ».

Ce n'est qu'avec réticence, après avoir été interrogé avec insistance sur la « nature des faits » par plusieurs membres permanents, que l'éducateur PJJ précise que Virgile a été condamné pour

« Un viol avec plusieurs circonstances aggravantes, en réunion avec plusieurs autres jeunes. ».

Il affecte un détachement ostensible de cette qualification pénale, qu'il met quelques temps à retrouver dans son dossier et s'empresse de préciser que

« Cela n'a pas vraiment d'importance pour l'action éducative que je dois mener ».

Valérie Quentin, qui est alors la co-animatrice PJJ du réseau avec Mme Poncet, ajoute que la « juge a fait un courrier » au Conseil Général mettant « en cause les institutions » et soulignant « la distinction pénale / protection de l'enfance ». Karim Amzaoui soutient cette décision :

« On sent bien que ce n'est pas l'enfermement qu'il lui faut. »

Il proposera en fin de réunion la possibilité de recevoir Virgile dans son établissement afin de palier à la stigmatisation dont il fait l'objet suite à sa condamnation :

« S'il est refusé dans les autres établissements, ce n'est pas qu'une question de place. On peut en discuter ».

Malgré l'accord des autres membres et l'argumentaire étoffé de l'éducateur PJJ, le Dr Dumont s'oppose aux autres membres permanents sur la stigmatisation déployée par les foyers qui refusent Virgile :

« Moi je suis troublée. On dit qu'il ne va pas bouger une oreille et en même temps il a encore un viol à payer. C'est une *peine* (elle souligne). Qu'est-ce que les institutions vont comprendre ? ».

Plus loin, elle ajoute :

« Pour que cet enfant soit tranquille avec sa faute, il faut qu'il ait payé. »

Alors que les autres acteurs se mobilisent pour la déstigmatisation de cet adolescent condamné pour un fait pénal à caractère sexuel, particulièrement associé à l'idée de dangerosité, le Dr Dumont formule son attachement à l'incarcération. Elle donne deux valeurs à cette « peine » : l'une est sociale (payer, être en règle avec la société et les « institutions »), l'autre est subjective (être tranquille avec sa faute). En entretien, elle revient sur cette séance et sur sa position au sujet de « payer sa peine » :

Dr Dumont : « C'est très important cette notion, je la tiens de mon travail d'expertise. Je trouve qu'il y a un flou dangereux quand à la place du pénal, on met de l'éducatif. Une faute reconnue socialement doit avoir une sanction, même pour un enfant psychotique ou avec des troubles. Le mot de peine et le mot éducatif se mélangeaient dans ce cas je crois, c'était archi-flou. Je suis persuadée que même ici (à l'hôpital), un enfant qui frappe, qui menace, il faut qu'il ait un rapport avec la loi, la loi de tous. On reprend ça, il voit le cadre de santé, son référent. Les discours du type : « ces pauvres enfants, il faut les épargner », c'est dangereux. Il faut rappeler à chaque enfant qu'il a une place sociale. Il faut faire appel à sa partie saine, celle qui peut aider à sa construction. Même les malades ont droit à une sanction. Pour moi, il n'y a pas vraiment de différence avec les adultes sur ce point. »

Elle poursuit en exposant un cas d'expertise où elle s'est opposée à la sortie d'hospitalisation d'office d'un jeune homme « asiatique » ayant tué sa mère :

« Il fallait protéger les autres et lui-même tout autant. »

Ce discours associe l'importance de l'autorité, la nécessité de protection sociale et les vertus thérapeutiques de la sanction. Il vise la même finalité d'insertion sociale (avoir une place sociale, être accepté dans les « institutions »), mais ne tient pas compte des facteurs de stigmatisation autres que la maladie mentale (la pathologie n'est pas mobilisée dans le cas de Virgile). Or, la minoration ethnique (asiatique, congolais) est récurrente dans la construction de la dangerosité de ces adolescents. Dans le cas de Virgile, l'accord ne peut pas se créer car cet adolescent n'est pas ou peu traité comme souffrant. Les mécanismes de déstigmatisation consensuels opérant dans le cas de Farid ne fonctionnent pas.

5. Requalifier la violence

Trois termes reviennent fréquemment pour désigner les comportements des adolescents : le « passage à l'acte », la « crise » et « le clash ». Ils constituent une forme de néo-sémiologie, permettant de requalifier les déviances adolescentes et les intégrer dans les savoirs cliniques.

5.1. Le « passage à l'acte ».

Le passage à l'acte décrit une variété de situations et de comportements. Il peut se référer au fait de voler ou brûler des voitures¹⁴⁷:

« Il a fait beaucoup d'actes délictueux lors du séjour chez sa mère, des vols de voitures, deux gardes à vue dans les suites » (l'assistante sociale de l'ASE, au sujet de Killian).

Le passage à l'acte peut également être une agression physique (des « actes violents plus plus »¹⁴⁸) ou encore une infraction à caractère sexuel (comme pour Sofian qui est « auteur d'un acte »). Mme Ivernois décrit son travail de magistrat comme celui d'

« un interlocuteur rapide après un acte de délinquance ».

Dans ces exemples, « l'acte » désigne une infraction pénale.

Autre usage : dans le même cas de Sofian, « auteur d'un acte », Mme Poncet résume :

« Il s'agit d'un jeune garçon qui n'a pas de parexcitation, je sais c'est un terme clinique, qui peut se retrouver envahi jusqu'au point de passer à l'acte. Ce qui nous pose le problème de l'admission d'un jeune auteur d'un acte délinquant sexuel. »

Dans la même lignée, l'acte peut être une blessure infligée à soi-même, telle une scarification, ou encore des fugues, assorties du risque de prostitution :

Mr Favier, au sujet de la jeune Hind : « Elle était insaisissable, puis il y a eu des passages à l'acte, des scarifications, elle a passée 24-48h aux urgences psychiatriques. Il s'est passé quelque chose à ce moment. On a pu travailler avec elle,

¹⁴⁷ Observation du 27 mai 2010.

¹⁴⁸ Observation du 10 novembre 2011.

puis ça s'est délitée, elle est repartie en fugue. Elle disait qu'elle allait se prostituer, clairement. »¹⁴⁹

Autre exemple : Mme V, éducatrice au foyer la Bellegarde, au sujet de Harmony, 14 ans, qui fugue et se scarifie :

« C'est comme on l'a dit, avec des passages à l'acte de l'auto-agressivité, des fuites dans l'errance. A la fois elle est sous influence et elle peut faire dépasser les interdits, elle peut être dans la séduction et en même temps rejeter les autres. »

Ces comportements de fugue et de gestes auto-agressifs concernent presque exclusivement les filles. Ils font l'objet d'une interprétation, d'un « sens » qu'il faut pouvoir décrypter.

Dans la séquence suivante, Mr Chourfi, responsable éducatif à la Bellegarde échange avec la psychologue d'un autre foyer au sujet d'un jeune Laïs, qu'ils ont tous deux reçu sur leurs services. Son ambiguïté sexuelle (« très efféminé », « métro-sexuel ») fait l'objet d'une discussion détaillée que nous analyserons ailleurs :

Mr Chourfi : « Il y a une recherche, vous avez défini le personnage « métro », je connaissais pas mais j'ai pensé à Steeve, (*Mr Chourfi décrit un personnage « homo » d'une émission télé qui serait bien apprécié « des ado des cités »*), mais pour un ado des cités, c'est un support identificatoire à défaut de père. À travers différents passages à l'acte, il a son père en détention, il doit se trouver, avec une imago paternelle comme vous dites (*s'adresse à l'ensemble des membres permanents*)

La psychologue : « c'est des petites choses, il les **met en actes**. »¹⁵⁰

Dans ces différents exemples, le passage à l'acte est utilisé pour désigner un processus psychopathologique avec (dans le cas de Sofian) ou sans (dans le cas de Harmony, de Laïs ou de Hind) dimension pénale.

5.2. La « crise ».

La crise est également un terme utilisé pour désigner les actes de violences ou les transgressions de l'adolescent. Voici un exemple illustrant un usage de la « crise ». L'assistante sociale de l'ASE explique au sujet d'un petit Yanis âgé de 9 ans :

¹⁴⁹ Observation du 16 septembre 2010.

¹⁵⁰ Observation du 16 décembre 2010, je souligne.

« Il a été placé pendant les vacances chez Mr X, en ferme éducative. Depuis, ça se passe très bien. La première crise le premier soir a été cadrée par Mr X. Yanis a vu qu'une punition tient toujours. Depuis, il n'a plus son traitement par Risperdal. »¹⁵¹

Ici, la « crise » sert à désigner un comportement assez banal, totalement dénué de sens médical ou pathologique. Le plus souvent la crise convoque cependant la notion d'un discernement médical et d'une épreuve de vérité. En voici deux exemples :

Marc Favier : « Et quand il y a des crises, très souvent ça monte et c'est la confrontation jeune/éducatif. Nous on a des médecins qui sont d'astreinte, souvent le chef de service est appelé, le médecin aussi est appelé, ou l'infirmière, et que du coup, quand même, ça déplace un petit peu –c'est le rôle du tiers- ça déplace un peu l'objet de la confrontation. Il y a un moment donné où le gamin n'arrive plus à maîtriser grand-chose, ça lui échappe aussi... Et que le fait qu'il y ait un médecin qui intervienne, on resitue nos plans sur un champ éducatif mais sur un champ du malaise, du mal-être et que très souvent ça permet aussi d'apaiser les choses. (...) (Amener un adolescent en crise aux urgences de l'hôpital), c'est constater qu'un gamin est en crise mais à un moment, s'il n'y a pas des psychiatres qui interviennent, s'il n'y a pas des médecins, s'il n'y a pas des tierces personnes, à un moment ce n'est qu'un éducateur qui l'a contenu. Je veux dire : qu'est ce qui se passe? est-ce que c'est l'éducateur qui s'y est mal pris ou c'est le gamin qui est en souffrance ? Et que du coup ce n'est pas toujours très clair ça... »

Autre exemple, dans lequel Mme Cristin décrit le recours aux urgences pédiatriques ou psychiatriques pour les adolescents de son établissement de placement.

Mme Cristin : « On a encore rencontré une difficulté la semaine dernière, j'ai accompagné un jeune aux urgences pédiatriques à 4h du matin. J'espérais l'accompagner à l'hôpital psychiatrique, mais les pompiers n'ont pas souhaité...donc on est arrivé à l'hôpital pédiatrique, et alors pour le coup le jeune était en crise. Il avait tapé des coups de poings dans l'armoire de sa chambre, il s'était tapé la tête contre les murs. Il a rien heureusement à la tête. Mais par contre, il avait la main très enflée etc., donc les pompiers m'ont dit de toutes façons il nécessite des soins pédiatriques. »

¹⁵¹ Observation du 15 juin 2009.

Dans ces deux exemples, qui convoquent tous deux l'intervention du médecin et de l'hôpital, la crise définit un événement brutal, et appelle un jugement médical, un *tri* au sens de discernement. Est-ce la conduite du jeune ou de l'éducateur qui pose problème ? Faut-il un soin corporel ou mental ?

5.3. Le clash

« Clasher » ou « faire un clash » est également une expression désignant les comportements des adolescents :

Mme Cristin : « On en a quelques uns qui sont passés partout. Qui en général au bout d'un certain temps s'adaptent, et puis au bout d'un certain temps mettent en échec, et puis l'histoire se répète, voilà... Ou bien qui testent la résistance d'une équipe : « là bas j'ai fait trois semaines, chez vous je vais voir combien je vais faire ». On est parfois sur ce genre de rapport de force. Pas tous mais... et quand on reprend le parcours du jeune, on se pose la question : donc en fait il a clashé là ; on l'a envoyé là, et je pense qu'à un moment donné il aurait fallu le sortir du placement. »

Autre exemple, Oualid, un éducateur qui participe à l'entretien avec Marc Favier, décrit l'arrivée des adolescents au FDF :

« Les gamins quand ils arrivent là, ils arrivent en urgence, donc avec tout ce que ça implique : une séparation brutale avec la famille suite à un clash important, à des choses graves... Ils arrivent là en mille morceaux, ils déposent beaucoup de choses là donc forcément il y a une grosse intensité dans la rencontre, dans les relations, dans ce qui les pose ici... »

Dans la séance particulièrement tendue concernant le cas du jeune Olivier, qui réside chez sa mère depuis plusieurs mois, alors qu'il est placé depuis son enfance par le juge suite à une violente agression contre celle-ci, le Docteur Boissier intervient avec emportement :

« Il y a le risque d'un clash, il faut protéger Olivier et sa mère. Réellement, il y a un danger, si on n'entend pas cette question, il y a un risque. »¹⁵²

Comme l'indiquent ces séquences, les significations du « clash » se superposent à celle de la crise : événement brutal, nécessité de juger. De plus, dans l'intervention du Dr Boissier, il indique une forme de dangerosité.

¹⁵² Observation du 20 janvier 2011.

5.4. Requalification professionnelle.

L'usage de ces termes spécifiques (crise, clash, passage à l'acte) signifie une requalification de la violence et de l'insoumission des adolescents. Elles deviennent ainsi la cible d'une action professionnelle légitime, qui ne se limite pas à un travail profane de correction de la déviance. Comme dans le cas du petit Yanis, il est commun de dire qu'un enfant « pique une crise » lorsqu'il refuse l'autorité d'un adulte et la « crise » définit dans la pensée commune le propre de l'adolescence. Mais, de manière distincte avec ces usages profanes, la crise se réfère dans le langage médical à un changement soudain au cours d'une maladie (crise de rhumatisme, de colite néphrétique, etc.). L'usage qui en est fait sur le terrain s'inscrit dans cette longue histoire hippocratique où la crise est à la fois le signe d'un mal et une épreuve de vérité, appelant un jugement (*krisis* en grec) et porteuse d'une possible amélioration ou maturation. Cette conception de la crise, pourtant abandonnée par la médecine lorsqu'elle adopte le modèle clinique, a été particulièrement reprise par la psychanalyse francophone, et par la psychiatrie institutionnelle (Kaës et al. 1991). Moins souvent utilisé, le terme de « clash » et sa consonance anglo-saxonne porte également cette ambiguïté entre langage savant et profane et revêt les mêmes significations sur le terrain.

De la même manière, le « passage à l'acte » renvoie à différentes dimensions. Il peut s'agir d'un acte quelconque, banal, d'un acte interdit par la loi ou encore d'un « acting out » au sens psychanalytique (Laplanche et Pontalis 1967, p. 6). Ce concept développé par la psychanalyse britannique désigne l'ensemble des formes d'actes impulsifs qui se surviennent dans le cadre du colloque singulier entre psychanalyste et analysant et tendent à s'opposer à un travail psychique. Progressivement, cette notion d'acting a servi à qualifier la structure même de la psychopathie. Dans cette conception, le passage à l'acte est voué à faire l'objet d'une interprétation.

Sur le terrain, ces termes à mi-chemin entre le langage profane et le langage savant circulent entre les différents segments professionnels (éducateurs, psychiatres, administrateurs) et servent à donner des cibles communes d'intervention. En outre, ils signent une forme de symétrie entre adolescents et professionnels, les constituant tous deux comme à la fois vulnérables et dangereux et convoquant l'usage de la coercition et du contrôle.

6. Symétrie entre professionnels et adolescents

Durant l'enquête, une co-animatrice de la PJJ, Mme Maillet, décède. C'est Mme Poncet qui annonce sa mort à l'ouverture d'une séance, tenue quelques semaines plus tard¹⁵³. Dans les mois qui ont précédé, Mme Maillet avait été absente à plusieurs reprises, sans que son absence soit explicitée. Mme Poncet se contentait alors de préciser qu'elle animerait seule la séance. Elle explique que Mme Maillet est décédée d'un « problème de santé » contre lequel « elle a courageusement lutté » et précise que « nous avons tous vu comme elle était diminuée ces derniers temps ». Avant de débiter la première présentation d'un cas, Mme Poncet précise également que ce sera désormais Mme Cristin qui assurera le « co-pilotage » du réseau. Après la fin de la séance, un aparté se tient entre Mme Poncet, Mme Cristin et le Dr Dumont. Mme Cristin décrit son émotion suite au décès de sa collègue, âgée d'environ quarante ans et mère d'un jeune enfant. Elle explique également sa difficulté à travailler avec elle durant les mois précédant sa dernière hospitalisation, où « elle ne voulait pas s'arrêter » mais était peu apte à ses tâches habituelles. Mme Poncet s'interroge à voix haute : « peut-être que je n'aurais pas dû parler de comment elle était les derniers temps? ». Elle explique qu'elle craint avoir généré un malentendu : elle explicite alors le fait que Mme Maillet est décédée au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, mais qu'elle ne s'est pas suicidée. La nature psychiatrique de la maladie de Mme Maillet était restée jusque là implicite, mais semblait bien entendue par les trois protagonistes de la discussion. Mme Dumont conclut alors sur la difficulté que pose la symétrie entre adolescents et professionnels :

« C'est sûr que souffrir psychiquement lorsqu'on travaille avec des ados comme ceux-ci, qu'est-ce que ça renvoie? »

Ce récit d'un événement exceptionnel recèle une forme de symétrie de vulnérabilité entre les adolescents et les professionnels qui en ont la charge. De manière plus ordinaire, une telle symétrie se retrouve dans les termes utilisés pour désigner les professionnels et les adolescents.

¹⁵³ Observation du 17 janvier 2013.

6.1. Symétrie de vulnérabilité et de dangerosité.

Ainsi, une psychiatre sortant d'une commission annonce avec ironie :

« C'est la réunion des institutions en grande difficulté ».¹⁵⁴

Comme dans cet exemple, les termes utilisés pour qualifier les adolescents servent également à qualifier les professionnels : « en grande difficulté », « clash », « en crise », « passage à l'acte ». Le passage à l'acte désigne les comportements plus ou moins banals des professionnels : l'équipe d'un foyer « passe à l'acte » en excluant un adolescent, une éducatrice « passe à l'acte » en réclamant une hospitalisation, etc. Dans la séquence suivante, Luc (éducateur dans le service « en milieu naturel » de Mr Amzaoui) évoque le fait de travailler « à la limite » du passage à l'acte. Cette séquence fait suite à une discussion en entretien sur la « confrontation » avec l'adolescent et la peur qu'il pourrait susciter chez les éducateurs.

Luc : « On permet au gamin de mettre en scène ou de passer à l'acte parmi nous. C'est à dire que finalement, on l'a anticipé le plus possible, on sent le gamin et quand on le fait exploser, qu'on tape du poing sur la table, etc. on peut prévoir un peu ce qui peut se passer même si un carreau est cassé. Mais ça veut dire qu'au préalable on fait un bout de chemin avec lui. Et c'est pareil quand on ferme l'appartement d'un gamin. (...) Nous on passe à l'acte, c'est fort de fermer un appartement et de lui dire : « bon maintenant tu vas à la rue ». On a intérêt d'être légitime, c'est à dire, auprès de lui, d'avoir vécu des choses. Et qu'il ait aussi éprouvé notre tolérance, nos limites, etc. (...) On est des éducateurs mais on est des humains aussi avec nos limites. Et c'est donner *l'illusion (il insiste)* de passer à l'acte. On est proche mais jamais on passe à l'acte au sens où le gamin passe à l'acte. On a tout un vécu, on le maîtrise ça, et c'est pour cela que ça se discute, ça s'échange. Et je suis d'accord avec toi, c'est une question d'expérience, de connaissance de soi, de ses limites et tout ça pour pouvoir être dans l'idée de la mise en scène. »

De la même manière, la crise sert à désigner les difficultés de travail en équipe dans les institutions : les « moments de crise » dans l'équipe, la « crise institutionnelle », un établissement « en pleine crise », le « clash » désigne aussi des conflits entre psychiatres.

¹⁵⁴ Observation du 20 avril 2009.

Le terme de « tenir » possède également cette répartition symétrique. D'un côté, l'activité du réseau vise à permettre aux prises en charge de « tenir ». Une famille d'accueil doit être soutenue pour tenir, c'est-à-dire poursuivre l'hébergement d'un adolescent. Un jeune « tient » sur un lieu grâce à une activité équestre, c'est-à-dire qu'à la fois il ne pose pas de problème de discipline et fait preuve d'un engagement dans le travail éducatif. Le travail de coordination des interventions « soins, handicap, éducatif » est nécessaire « pour que ça tienne ».

D'un autre côté, les professionnels eux-mêmes doivent « tenir ». Le registre du militantisme est alors mobilisé, comme dans cette séquence d'entretien avec Mr Favier et Oualid, éducateur au FDF qui l'accompagne.

Oualid : « Après, il y a la question du cadre. Le cadre institutionnel, le cadre dans lequel on évolue, notre cadre interne, il y a toutes ces questions-là. Moi au début, l'institution, je trouvais que c'était compliqué parce que ça enfermait, il fallait faire avec...et à la limite je la trouvais maltraitante. Et petit à petit, je me suis rendu compte à quel point elle était importante en tant que professionnel parce que c'est un socle sur lequel on s'appuie, c'est inamovible. Il y a un cadre interne, ça fait un peu garde-fou. Quand on bosse avec des gamins, on se retrouve seul, on est pris dans des tensions, dans des... On a la loi, on sait que l'on va voir le collègue le lendemain, voilà ça fait partie d'un cadre qui permet de tenir, qui permet d'avoir de la cohérence et d'y trouver de la singularité, à l'intérieur. Aujourd'hui, moi là où j'ai du mal, c'est que j'ai l'impression que le cadre bouge... trop.(...) Et puis c'est un métier où j'ai l'impression qu'il faut être militant mais j'ai envie de faire ce métier sans militer. Et je me demande si c'est possible... (*il rit*). Est-ce que c'est possible de faire ce métier sans militer ? Est-ce que vous êtes militant ? Est-ce que vous êtes si ou ça... ? (...) (Militer), c'est prendre au sérieux la prise en charge de ces gamins, c'est-à-dire...c'est tenir, voilà. On sait que l'on va être confronté à de la violence, c'est un engagement. Pour moi, l'engagement il est là.

Mr Favier : Je crois que ce que veut dire Oualid, c'est que dans cet engagement là il aimerait bien sentir aussi une structure engagée et que ça ne repose pas sur leurs simples et frêles épaules.

Oualid : Alerter la direction, alerter le département, alerter l'Etat. Il y a une dimension politique qui me dérange. A un moment il faut pouvoir se battre, pouvoir

faire avancer le métier mais pour moi ce n'est pas le même combat entre faire évoluer le métier et puis s'occuper de ces gamins. Moi, je m'occupe des gamins, je m'occupe des gamins, ça me prend assez de temps, assez d'énergie, assez de pensées, assez de machins... Alors forcément, les choses sont liées, aujourd'hui il faut monter au créneau, il faut écrire... Moi, j'ai écrit des lettres au département pour expliquer qu'il y avait des situations qui étaient incompréhensibles –enfin que moi je ne comprenais pas et quand je dis « je » c'est avec une équipe. »

Professionnels comme adolescents sont symétriquement construits comme vulnérables et c'est leur psychisme, leur subjectivité qui porte cette vulnérabilité. Mais ils sont aussi porteurs d'une dangerosité envers l'adolescent : par leurs passages à l'acte, ils peuvent mettre à mal l'adolescent, être à l'origine ou entretenir son caractère « difficile » et se rendre responsable de son exclusion. C'est particulièrement le cas pour les jeunes filles, qui sont décrites comme victimes de « leur dossier ». Comme dans les propos de Oualid et Marc Favier, « tenir » signifie à la fois ne pas « faillir » sur le plan éthique (ne pas « maltraiter » ou exclure les adolescents), et ne pas flancher sur le plan personnel face à sa propre vulnérabilité (« ses frêles épaules »). Partant d'une enquête conduite dans une ville paupérisée de Belgique, Jean-François Gaspar (Gaspar 2012) propose une tripartition de l'espace professionnel des travailleurs sociaux autour de ces notions de « raison d'être » et de « tenir ». Des travailleurs sociaux « cliniques » voisinent avec des travailleurs sociaux « militants » et des travailleurs sociaux « normatifs ». Selon Gaspar, les travailleurs sociaux « cliniques » entendent mettre au jour la souffrance des bénéficiaires, revendiquent une prise en charge fondée sur l'empathie et organisent leurs pratiques professionnelles par référence à des techniques psychosociales. Les travailleurs sociaux « militants » estiment qu'il importe de politiser les problèmes individuels rencontrés par les usagers des services sociaux. Enfin, les « normatifs » défendent une conception « légitimiste » du travail. Cette typologie ne se retrouve que très mal dans les discours professionnels au sein du réseau. Plutôt, ces idéaltypes d'un travail social clinique, militant et normatif, s'entrecroisent autour des notions de vulnérabilité des professionnels et de symétrie avec les adolescents, des notions disposées sur un même canevas clinique. Sens subjectif, engagement politique et conformité au « cadre » des réglementations sont ainsi largement imbriqués chez les travailleurs sociaux du réseau.

6.2. "Il est en danger de viol constamment".

Cette expression remarquable du Dr Dumont au sujet de Sofian, à la limite de l'oxymore (en danger de commettre un crime), condense trois idées que nous allons ici détailler : la dangerosité des adolescents est omniprésente dans le souci des professionnels, elle est toujours située dans un rapport avec la vulnérabilité des adolescents mais elle ne reste qu'exceptionnellement explicitée.

6.3. La vulnérabilité de l'adolescent « en danger ».

Trois situations convoquent la vulnérabilité des adolescents, au sens de « ce qui peut être blessé » (Alain Rey (ed.) 2005, p. 2031). Premièrement, l'adolescent peut « se mettre en danger », par des comportements d'agression contre son propre corps.

« Elle s'excite vite avec le groupe, elle a beaucoup d'angoisse qu'elle manifeste la nuit, elle a besoin d'un accompagnement soignant le soir, car c'est un moment où elle se met en danger. » (Un infirmière de psychiatrie au sujet de la jeune Harmony, 14 ans)¹⁵⁵.

« Elle se fait mal, elle est souvent à l'hôpital, au début de son placement elle se mettait en danger, elle sniffe de l'eau écarlate, elle traverse la rue sans regarder, les éducateurs ont dû la poursuivre et au niveau somatique elle a passé plusieurs fois la main à travers une vitre, » (une assistante sociale de l'ASE au sujet d'Ouria)¹⁵⁶.

Deuxièmement, l'adolescent peut également être exposé au danger représenté par les adultes, notamment lorsqu'il fugue.

« Tout de suite elle a recommencé les fugues. Elle expliquait ce qui se passait avec les hommes dans la rue. Il y avait de vraies mises en danger. » (Une assistante sociale de l'ASE au sujet de Hind)¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Observation du 18 novembre 2010

¹⁵⁶ Observation du 20 janvier 2011

¹⁵⁷ Observation du 16 septembre 2010

Enfin, le danger est lié au rejet des institutions :

« J'ai fait 23 demandes écrites, 23 refus. La jeune se mettait en danger au vu du dossier, c'est ce qu'on me disait. » (Une assistante sociale de l'ASE au sujet de la jeune Harmony)¹⁵⁸

L'analyse du dossier de la jeune Clara, 14 ans, se déroule en deux temps¹⁵⁹.

Dans un premier temps, l'assistante sociale de l'ASE insiste sur sa violence, apparue à l'entrée dans l'adolescence et alors qu'elle était placée en établissement éducatif depuis la petite enfance : elle « a fait des actes violents », « en est venue aux mains avec le chef de service » ce qui l'a conduit « en pavillon de psychiatrie ». Puis, la seconde partie de la discussion s'organise autour d'un projet pour « prévenir l'échec », et favoriser sa réintégration dans un établissement après une série d'exclusions.

Dans cette séquence, l'accent est mis sur la vulnérabilité de Clara, plutôt que sa violence.

6.4. Secret professionnel et vulnérabilité

La façon dont le secret professionnel est mobilisé dans l'activité du réseau renvoie également à cette vulnérabilité des adolescents. La question du secret professionnel et de la confidentialité est abordée lors des réunions d'évaluation entre membres permanents. C'est en particulier le Dr Dumont qui la soulève. Au cours d'une discussion portant sur le recueil systématique des « caractéristiques des situations étudiées », un item « prostitution » est proposé dans la partie concernant les « troubles du comportement du jeune avec son entourage social ». Le Dr Dumont intervient alors :

« Moi, je vous arrête, là il faut faire attention, très attention, être prudent dans la diffusion des résultats, attention aux généralisations hâtives. »¹⁶⁰

Lors d'une autre séance¹⁶¹, portant également sur l'évaluation, un échange teinté d'agressivité a lieu entre membres permanents. Ils discutent de l'insatisfaction formulée

¹⁵⁸ Observation du 18 novembre 2010

¹⁵⁹ Observation du 15 décembre 2011

¹⁶⁰ Observation du 17 février 2011

régulièrement par ceux qui sont venus présenter des situations. Mr Favier questionne l'engagement du réseau dans une aide plus concrète (écrire un courrier au juge, donner des moyens supplémentaires). Ses remarques sont implicitement adressées à Mme Poncet. Le Dr Dumont intervient alors :

« Et puis, est-ce que c'est un lieu protégé ici ? les règles ne sont pas claires, avec en plus différents partenaires qui participent. J'ai le sentiment que des choses trop intimes sont dites. On n'est pas dans un bureau médical. »

Interrogée sur cette attention répétée à la confidentialité, le Dr Dumont explique :

« Le problème n'est pas tellement la confidentialité, car ce qu'on dit reste très factuel. Mais c'est l'effet de ce qu'on dit en tant que psychiatre sur les autres professionnels qui sont présents. Ça peut leur renvoyer des choses qu'ils ne sont pas prêts à entendre. »

Elle précise, au sujet des professionnels qui participent aux séances :

« Je ne sais pas ce que viennent chercher les gens, mais certainement pas une interrogation sur eux-mêmes. Et puis la restitution qu'on fait, elle a lieu sous différents regards, parfois avec des regards hiérarchiques. »

Ici la façon dont la confidentialité est mobilisée renvoie à cette symétrie de la vulnérabilité entre professionnels et adolescents. Les adolescentes sont à risque d'être stigmatisées pour leurs conduites sexuelles : l'usage public ou politique qui pourrait être fait de l'item « prostitution » pourrait conduire à des « généralisations hâtives ». Symétriquement, les professionnels sont à risque d'être trop « exposés » dans leurs difficultés lors des réunions, en particulier sous le regard de leur hiérarchie, et de se sentir blessés personnellement.

Cette mobilisation du secret professionnel contraste avec des usages plus classiques où le secret médical est utilisé comme moyen d'assurer une autorité. Au cours des réunions, la confidentialité est implicitement partagée. C'est là un des sens de la solennité marquant l'entrée dans la salle où se tiennent les séances : les professionnels venus présenter sont invités à patienter devant les portes fermées. Plutôt que d'affirmer la légitimité (médicale ou judiciaire) d'une activité et établir ainsi une délimitation professionnelle, ce partage implicite de la confidentialité indique le brouillage au sein du réseau des limites professionnelles

¹⁶¹ Observation du 24 mars 2011

explicites du sanitaire, du judiciaire et de l'éducatif. Ce brouillage est en quelque sorte pallié par la solennité et le contrôle des limites à l'extérieur du réseau. Un tel usage du secret professionnel renvoie aux interactions en milieu reclus, comme par exemple les rapports entre infirmiers et agents pénitentiaires en prison au sujet des détenus infectés par un virus d'hépatite (Hagège à paraître). Le soin, les normes et les connaissances qui y sont rattachées se partagent entre professionnels. De ce fait, la distinction entre professionnels de première ligne (mettant en œuvre une action) et de deuxième ligne (décidant d'une action) prend toute son importance.

6.5. La peur : indicateur de la dangerosité.

Par contraste avec cette omniprésence de la vulnérabilité, la dangerosité des adolescents n'est presque jamais explicitée. La peur en est le seul indice ténu. Les acteurs du réseau ont deux attitudes prévalantes lorsqu'ils évoquent la peur que pourrait susciter l'adolescent. Soit ils la nient, comme Mr Amzaoui :

« Ça ne m'est jamais arrivé d'avoir... comment je pourrais dire ça... peur. Physiquement... ».

La peur est alors abordée au sujet de la violence de l'adolescent, dans le cas d'un jeune qui « a fait explosé les équipes », suite aux « clashes ». Lorsqu'elle n'est pas niée, la peur se voit euphémisée, comme lorsque le Dr Boissier explique, sur le ton de l'humour, que ses difficultés initiales à recruter des infirmiers étaient liées à « des réticences » : à la période qu'il évoque, un infirmier est décédé des suites d'une agression par un patient adolescent. Une autre formulation, plus explicite, de la peur se retrouve chez Mr Favier. Reprenant l'image des « quartiers chauds » et son expérience d'éducateur en prévention, il décrit la peur lorsqu'on travaille « en hébergement » :

Mr Favier : « Ce qu'il y a de compliqué dans l'hébergement c'est qu'il n'y a pas d'échappatoire possible et que concrètement, vous avez l'obligation d'être là, il a l'obligation d'être là, vous avez l'obligation de composer avec, voilà. Ce que j'ai vécu dans les quartiers, moi je vous le dis, les moments où c'était un peu chaud, je partais en disant : « Ecoute, on se file un rendez-vous, on se voit demain ». Là, quand concrètement il y en a un qui est en crise, on est obligé de composer, de faire

avec. (...) Quand c'était tendu dans le quartier, parce qu'on allait traîner au pied des immeubles, quand on voyait qu'il y avait une meute ou qu'on sentait que c'était très, très tendu, bon voilà on partait. Alors que là, quand il y a un effet de groupe, on est obligé de composer avec. Voilà c'est ça, il y a pas d'échappatoire possible... ».

Comme nous l'avons vu, cette étrangeté exotique des « quartiers chauds », à la fois rémanent d'une histoire coloniale et associée à une ethnicisation des déviances juvéniles, se retrouve dans la parenté revendiquée des professionnels avec les adolescents. Surtout, la peur est ici décrite comme étant liée à l'enfermement avec l'adolescent (ne pas avoir « d'échappatoire » en cas de « crise »). Luc, éducateur qui accompagne Mr Amzaoui, reprend cette idée de « ne pas pouvoir sortir de là » :

Luc : « La seule fois où j'ai ressenti le danger, j'étais éducateur en psychiatrie. La mise en sens, c'est ça. Un mec qui se gratte le nez, je lui dis : lave toi les mains et là...pff ! il m'a regardé, comme les avions de chasse, il ne peut plus se détacher de la cible, et je ne pouvais pas me sortir de cette situation là. C'est une femme de ménage qui a pris le gamin et qui est sortie avec et l'a fait se décontracter. Je ne pouvais pas me sortir de cette situation, il allait me sauter dessus. »

Mr Amzaoui précise aussitôt :

« Des situations délicates il y en a. Mais je ne me suis jamais senti en danger. Ces gamins, ils savent qu'on rassure, on est bienveillant. En mettant des limites, on rassure. »

Cette situation renvoie ici à une étrangeté psychiatrique. Pour les cliniciens, la peur est un indicateur connu de la maladie mentale. Dès le début du 20e siècle, elle est intégrée comme signe potentiel de la démence précoce, catégorie nosographique de la psychose qui sera ultérieurement remplacée par la schizophrénie. Le psychiatre néerlandais Henricus Cornelius Rümke décrit ainsi le « Praecox Gefühl », peur et étrangeté perçue par le thérapeute qu'il intègre comme indicateur de cette pathologie (*dementia praecox*) chez le patient. Plus tard, « l'inquiétante étrangeté » décrite par Freud et la « peur du fou » sont lues par les psychanalystes à la lumière du transfert psychotique dans les suites de travaux de Melanie Klein (Hochmann 1981). Par la peur et le sentiment d'étrangeté qu'elle suscite, la maladie mentale représente une offense dans l'ordre de l'interaction sociale usuelle, telle que l'a

décrite Ervin Goffman. La psychiatrie et la « mise en sens » qu'elle promet constituent alors « un cadre pour ces décrochages de cadre » (Velpry 2008, p. 35). Cette étrangeté s'oppose au régime habituel de relation où « mettre des limites rassure » comme le dit Mr Amzaoui. Si la formulation de l'étrangeté diverge (elle est ordinaire dans le cas du travail en hébergement pour Mr Favier, extraordinaire dans le cas de Luc), l'enfermement fait le point commun entre ces situations où le danger est perçu et exprimé.

6.6. La dangerosité peu explicitée se lit dans la « trame ».

Dans les exemples suivants, les acteurs explicitent le danger que peuvent représenter les adolescents et leurs comportements.

« Il y a le risque d'un clash, il faut protéger Olivier et sa mère. Réellement, il y a un danger, si on n'entend pas cette question, il y a un risque. » (Dr Boissier, au sujet d'Olivier)¹⁶²

« On voulait une hospitalisation tout de suite, car il avait brûlé un camion. Il fallait le soustraire, au motif qu'il était dangereux. » (Dr Boissier, au sujet de Ryan, 12 ans)¹⁶³

« Il est très excité dans son corps. Il est en danger de viol constamment. Il lui faut quelque chose de très cadrant » (Dr Dumont, au sujet de Sofian)¹⁶⁴

Ces exemples représentent pourtant des exceptions : au cours des commissions lors des entretiens, la dangerosité des adolescents n'est presque jamais explicitée. Les termes de « dangereux » ou « dangerosité » ne sont qu'exceptionnellement utilisés dans le traitement des cas étudiés, ni même, de manière plus prosaïque, dans la description des comportements de l'adolescent. Le plus souvent, la dangerosité apparaît en filigrane, dans la *trame* des dossiers étudiés : à travers les fugues prolongées, les gestes de violences, la conduite non réglementaire de véhicules à grande vitesse...Le Dr Dumont fait elle-même cette observation, et note la spécificité de l'adolescence dans ce silence sur la dangerosité :

« La dangerosité, il faut l'avoir dans la tête. C'est peu parlé, la violence. On en parle plus chez les adultes, ce qui est sans doute plus sain. »

¹⁶² Observation du 20 janvier 2011

¹⁶³ Observation du 10 novembre 2011

¹⁶⁴ Observation du 10 septembre 2012

Comme l'indique le rapport des professionnels avec la peur et leur attention à la déstigmatisation des adolescents, la dangerosité n'est pas à proprement parler invisible. Elle est expérimentée, éprouvée mais reste *indicible* (« peu parlée » pour reprendre l'expression du Dr Dumont).

Le cas de Vincent, condamné pour un viol et qui est en danger d'être « phagocyté » dans la « toile d'araignée » de sa famille, ou encore l'expression « en danger de viol » au sujet de Sofian recèlent deux registres. Premier registre, l'indicibilité de la dangerosité des adolescents s'accompagne de leur construction comme vulnérables et d'une insistance sur leur statut « en danger ». Cette dialectique dangereux/en danger renvoie aux catégories légales, respectivement civile et pénale, de l'action sociale auprès des mineurs, mais également à une double logique : celle du soin et de la protection d'une part, celle du contrôle et de la contrainte d'autre part. Seconde registre, cette indicibilité de la dangerosité sur le terrain contraste avec la surreprésentation publique de la dangerosité des adolescents dans le monde médiatique comme dans les discours politiques, en particulier dans les affaires pénales à caractère sexuel. Ces exemples indiquent également deux constantes lors de la (rare) explicitation de la dangerosité : lorsque la dangerosité est explicitée, elle l'est exclusivement au sujet des garçons et elle l'est exclusivement par les psychiatres.

Dans son travail sur les archives coloniales des Indes Hollandaises, Ann Laura Stoler (Stoler 2008, p. 3) étudie ce qui, dans un matériau anthropologique, ne se dit ou ne s'écrit pas tout en étant omniprésent. Elle utilise l'image de la « trame » ou du « filigrane » pour aborder son matériau particulier. Elle avance trois explications à ce phénomène : soit il s'agit d'un tabou (quelque chose qu'on ne peut pas montrer ou dire), soit cela tombe sous le sens commun (cela va sans de soi, il n'est pas besoin de le dire), soit les acteurs manquent de forme pour le dire. Dans le cas des adolescents difficiles, les psychiatres disposent d'un corpus d'expertises (clinique et criminologique) donnant les formes nécessaires à l'explicitation de la dangerosité. Ainsi, le Dr Dumont ne manque pas de faire référence à son activité d'expertise judiciaire. Lors d'une séance d'évaluation, j'interviens pour souligner cet encadrement psychiatrique de la dangerosité, ce à quoi les membres permanents acquiescent¹⁶⁵. A d'autres moments, les stratégies de lutte contre la stigmatisation

¹⁶⁵ Observation du 26 novembre 2015

apparaissent en tension avec l'explicitation de la dangerosité, comme dans la discussion sur la nécessité de « faire sa peine ». Pour protéger les adolescents, les acteurs semblent s'interdire d'explicitier leur dangerosité. Ces éléments incitent à privilégier la première hypothèse avancée par Stoler : la dangerosité serait ici plus un tabou qu'un implicite. Mais l'enquête ne permet pas de conclure plus précisément sur cette question.

Synthèse de la partie et transition

Dans cette deuxième partie, nous avons exploré la mise en œuvre pratique de la catégorie clinique, politique et institutionnelle des adolescents difficiles à partir de l'enquête de terrain. Cette catégorie s'organise autour de l'expertise clinique sur la subjectivité, tout en se distanciant du savoir psychiatrique. En repérant un trouble ambigu, tout à la fois souffrance de l'adolescent et des professionnels, elle désigne en pratique une population résiduelle des institutions. Cette marge a deux déterminants : la spécialisation des organisations professionnelles de traitement des déviances et du travail sur autrui, et la faible coordination que peut exercer la bureaucratie politique locale. Les adolescents difficiles représentent une problématisation faite par ces institutions sur leurs orientations, leurs flux et leurs marges.

La définition clinique de cette catégorie possède une force de consensus exceptionnelle, traitant en son sein les difficultés entre professionnels. Les savoirs cliniques permettent la constitution d'une expertise locale, indépendante des savoirs professionnels (psychiatriques ou juridiques) et servent à développer une co-activité entre les différents acteurs et à requalifier des cibles d'intervention commune. Par delà les frontières professionnelles explicites, ces savoirs se voient réappropriés, partiellement vulgarisés, contestés, disputés. Mais par sa capacité à recadrer les divergences entre professionnels et à inscrire leur propre souffrance dans le trouble de l'adolescent, la clinique exerce un magistère extensif et coercitif.

A travers des notions (souffrance, tenir) circulant réciproquement, les professionnels se représentent dans une symétrie avec les adolescents. Ceux-ci sont construits comme une population tout à la fois vulnérable et dangereuse, et leur protection passe par un travail de déstigmatisation. Leur attention à la déstigmatisation suggère que les professionnels perçoivent et expérimentent des problèmes que la clinique et sa vision tautologique de la souffrance ne prennent pas en compte : l'épreuve de leur professionnalité par les facteurs éthiques (telle la légitimité des pratiques de contraintes) et sociaux (tels la disqualification professionnelle des éducateurs ou les missions sécuritaires de la psychiatrie), l'existence de distinctions et de tris (ethniques, migratoires) dans les traitements institutionnels des adolescents. Ce sont ces incertitudes sur les modes d'intervention et la réduction prudentielle de l'incertitude professionnelle opérée par le réseau que nous allons aborder dans la dernière partie de cette thèse.

QUATRIÈME PARTIE : TRAITEMENTS

Introduction de la partie

Examinant la possibilité que Vincent sorte du CEF pour réintégrer son environnement familial, le Docteur Dumont estime qu'il faut un « projet suffisamment contenant pour ce jeune, (qui) a commis un viol, puis des attouchements sexuels ». Le terme indigène de « contenir » et ses déclinaisons (contenant, contenance, contention), récurrent dans l'analyse de ce cas, revêt des significations en apparence contradictoires. Pour Vincent, les membres permanents proposent diverses solutions qui allient un ensemble hétérogène de mesures de soin (psychothérapie, conseils éducatifs, insertion professionnelle) et de contrôle (convocation, règles contraignantes, surveillance). Comme l'indique le débat entre l'éducatrice et la psychologue de Vincent sur son éventuel retour en famille, ces modes de traitements par le soin et le contrôle font l'objet d'une évaluation éthique.

La partie qui suit s'intéressera à la mise en œuvre pratique des traitements par la « contenance », inscrits dans l'expertise clinique. À cette fin, nous mobiliserons une anthropologie « phénoménologique et sensorielle » du care, qui sera définie, comme le fait Anne Lovell, à partir de situations empiriques et non pas à partir d'une appréhension abstraite. Pour reprendre la formulation de Lovell :

« Je prends ici le *care* au sens large d'« attention », quitte à préciser en déroulant mon propos à partir de la prise en compte du matériel empirique. Le fait que je ne parte pas d'une définition conceptuelle du *care* ne signifie absolument pas que je sois insensible aux conditions de naissance de ce concept dans la philosophie morale

féministe américaine ni, a fortiori, à ses réélaborations récentes dans les débats politiques européens et français. » (Lovell et al. 2013, p. 31)

Comme le fait Lovell, nous choisissons le mot anglais de « care » plutôt que ses traductions françaises (sollicitude, soin) afin de souligner la distanciation du regard et le repérage de phénomènes, ordinaires et proches, restés inaperçus. Cette approche phénoménologique et sensorielle se différencie des approches plus abstraites du care, sans pour autant nier « l'idée qu'il existe des attitudes ou une prédisposition cognitive envers autrui qui serait (...) inégalement distribuée selon le genre, ou les rôles de genre, mais aussi façonnée économiquement par des rapports de domination, de race, de classe – voire par des « économies morales » du care. » (*Ibid.*, p.73) Ce sont donc ces deux dimensions, la mise en œuvre *concrète* du care et *l'éthique* qu'elle mobilise en situation, qui guideront la présentation et l'analyse des données empiriques.

Les deux chapitres de cette partie s'intéressent à la mise en œuvre du *souci des adolescents*, souci qui apparaît ici tout à la fois comme un *trouble éprouvé* affectivement et comme une *attitude* tournée vers le care. Dans un premier temps (chapitre 8), nous montrerons comment la personnalisation du traitement mobilise une dialectique entre care et contrôle et s'effectue de manière différenciée selon le sexe. Dans un second temps (chapitre 9), nous nous attacherons à l'inscrire dans les reconfigurations de l'action publique marquées par la déconstruction de l'asile, l'intégration de la critique portant sur son pouvoir, les nouvelles formes de rationalisation des interventions et le développement de traitements non résidentiels. Ces deux chapitres s'organisent autour de l'idée suivante : le souci est une modalité d'action publique contemporaine.

CHAPITRE 8 : PERSONNALISATION ET DIFFÉRENCES DU TRAITEMENT

1. Contenir : un mot, deux traitements, des institutions.

Avant d'ouvrir une analyse sur ce que le travail du réseau indique des modes de traitements contemporains de la déviance adolescente, il nous faut faire le lien entre les considérations généalogiques et l'enquête ethnographique. La construction de la « contenance » comme une thérapeutique des déviances juvéniles, et en particulier de la violence, passe par trois décennies de glissement conceptuel, allant d'une disposition psychique à des dispositifs physiques. Une telle opération est favorisée par la polysémie de ce terme dans la langue française. Nous commencerons donc ici par présenter la variété des usages de ce champ lexical pour en clarifier ensuite les différentes significations sur le terrain ethnographique.

1.1. Un usage extensif.

Les archives de la DPJJ contiennent un rapport daté de 1991 sur les « incasable », compilé par la PJJ pour le tribunal de Strasbourg. Dans le cadre de la recherche généalogique, j'ai cherché à recontacter ses auteurs. L'un deux m'a répondu. Il était éducateur PJJ lors de la rédaction du rapport et est devenu depuis directeur d'un établissement d'hébergement éducatif public de cette administration. Il donne son point de vue sur les centres éducatifs exerçant une contrainte :

« Contenant... c'est en termes de présence éducative auprès du jeune, il y a des moments où il est laissé seul à ses actes, dans les lieux d'hébergements, les éducateurs sont présents, mais ils ne sont pas en permanence avec le jeune (...). Les

CER ou CEF marchent bien le temps du placement mais ça cloche après dans la réinsertion lorsqu'il sort de ce lieu où il était contenu ».¹⁶⁶

Le terme de « contenance » et ses déclinaisons (contenir, contenant) est également envahissant dans l'activité du réseau. Ainsi, une assistante sociale scolaire décrit les difficultés rencontrées par une jeune fille de 13 ans, d'origine congolaise, scolarisée dans le collège favorisé de l'agglomération :

« Elle fait peur à certains profs, ce collège est un peu spécial, ils ont du mal à contenir certains élèves qui moi ne me semblent pas... »¹⁶⁷.

Au cours d'une séance, sur le cas de Gwenaëlle, l'assistante sociale de l'ASE présentant le dossier décrit sa situation dans sa famille d'accueil :

« L'accueil chez Mme X ne pourra pas durer. Mme X est contenante car elle est pragmatique. Elle ne cherche pas à psychologiser. Je m'excuse mais c'est comme ça. Elle donne des horaires à Gwenaëlle et elle les tient. Mais ça ne pourra pas durer »¹⁶⁸.

Bénédicte Cristin, au sujet de l'établissement d'hébergement PJJ dont elle est directrice :

« Ici y a pas de barrière. Il y a un contenant qui est psychologique et éducatif avec le travail qu'on fait ici en équipe, mais il n'y a pas de contenant avec des murs, des barrières. (...) Voilà, c'est ouvert toute la journée, enfin on ferme le soir quand même, on ferme à 22 heures le soir... donc ce n'est pas.... Si vous voulez, le contenant physique n'est pas le même, moi je n'ai pas des éducateurs... en CEF parfois ils ont des éducateurs un peu gros bras qui, quand le jeune veut partir fuguer, les éducateurs font un contenant physique c'est-à-dire qu'ils se mettent devant le jeune en disant : « Tu passeras pas » ou « Il faudra me passer dessus ». Ici on est pas du tout dans... même si j'ai des éducateurs qui pourraient le faire... ce n'est pas du tout ce que l'on travaille avec le jeune ».

¹⁶⁶ Entretien téléphonique réalisé le 15 septembre 2010. Pour le rapport, voir (Coleiro et al. 1991)

¹⁶⁷ Observation du 22 juin 2009

¹⁶⁸ Observation du 17 juin 2010

Une assistante sociale, au cours de la séance qui lui est consacrée, décrit le jeune Anis :

« Il faisait des crises qu'il fallait contenir »¹⁶⁹

Marc Favier, à propos du recours aux services d'urgence de l'hôpital, dans les situations de violence :

« (Les éducateurs) sont tout seuls la nuit avec les gamins et en terme de moyens, parfois quand on a des gamins qui pètent, qui clashent, on se dit « A part nos petits bras et notre force de conviction, on a rien comme moyens ». On se dit aussi que l'hôpital – même si sur le fond on n'est pas d'accord pour que ce soit une pratique, ce n'est pas la question – mais à l'hôpital il y a effectivement les moyens de contention et que moi je pense que quand même, malgré tout, pour un certain nombre de gamins, d'accord ou pas, tant pis il y a nécessité d'en passer par là. (...) Ce qu'on voit beaucoup quand même dans des moments de tension, de crise, ce sont des gamins qui ne vont pas bien et qui commencent un peu dans la provocation avec les éduc, enfin...voilà. Ça commence un peu comme ça, ça monte, ça monte, à un moment donné ça clache, il y a de la contention physique, voilà. »

Une infirmière de l'hôpital pédiatrique décrit avec colère son sentiment de malaise dans le traitement des adolescents consultant aux urgences pour des problèmes de comportement :

« On fait beaucoup de contention, les psychiatres ne sont pas là. Les jeunes arrivent sur leurs jambes et finissent contenus. Il faudrait voir le nombre de Loxapac que l'on utilise aux urgences »¹⁷⁰.

Au cours de la séance consacrée à l'examen du cas d'Olivier, les membres permanents discutent des moyens à mobiliser pour aller chercher ce jeune garçon qui réside chez sa

¹⁶⁹ Observation du 24 mars 2011

¹⁷⁰ Observation du 7 septembre 2010. Le Loxapac est un médicament neuroleptique utilisé pour la sédation, c'est une forme de camisolé chimique produisant ralentissement des idées, de la motricité, abrasion des émotions, voire somnolence.

mère. Olivier est placé par le juge en établissement éducatif après avoir violemment agressé sa mère « avec une chaîne de vélo » quelques années auparavant.

K. Amzaoui : Il faut demander une audience anticipée, la séparation avec la mère peut se faire de manière plus contenante. Y-a-t il du pénal ? On pourrait penser à un CER ou un CEF, non ? S'il reste trois mois chez sa mère c'est trop long.

Dr Boissier : Il y a le risque d'un clash, il faut protéger Olivier et sa mère. Réellement, il y a un danger, si on n'entend pas cette question, il y a un risque.¹⁷¹

Grâce à cette importante polysémie, le champ lexical issu de contenir est partagée par tous les acteurs du réseau, sans distinction d'âge, de sexe ou d'appartenance professionnelle. Pour autant, les jugements qui s'y rapportent sont, eux, inconstants : contenir est parfois ce qu'il « faut faire », parfois ce qu'il « faut éviter » ou « faire à défaut » (ils « finissent » contenus, ça ne doit pas être une pratique « sur le fond »).

1.2. Pluralité de sens : allier contrôle et care.

La polysémie du terme indigène « contenir » est logée dans la langue française elle-même. Issus du latin *con-tinere* (« tenir ensemble »), deux grands champs sémantiques s'y juxtaposent. D'une part, contenir signifie « avoir, prendre en soi », comme un récipient contient un liquide, comme un minéral contient un métal ou encore comme un livre contient une idée. D'autre part, contenir signifie « empêcher, réprimer », dans un sens propre (empêcher d'avancer, endiguer, telle une armée qui contient un ennemi), ou dans un sens plus figuré (empêcher de s'exprimer, refouler comme une personne qui contient ses larmes). Si une telle dualité se trouve de manière superposable dans les termes de « contenant » et de « contenance », issus tous deux du participe présent de contenir, la « contention » relève d'une nuance linguistique différente. Dans son usage commun datant du 18^e siècle, la contention désigne un processus d'immobilisation corporelle à des fins thérapeutiques. Il est utilisé en orthopédie (mettre un plâtre, une broche, etc.) ou en psychiatrie (passer une camisole, des ceintures, etc.). La contention a une double étymologie : dans son acceptation médicale contemporaine, elle est issue de *continere* (comme contenir), mais elle peut

¹⁷¹ Observation du 20 janvier 2011

également découler de *contendere* (comme le terme contentieux). La contention signifiait dans l'ancien français la « lutte », le débat.

Comme l'indiquent les exemples cités plus haut, si les acteurs du terrain disent tous le même mot (« contenir »), ils ne signifient pas pour autant tous la même chose. Sur le terrain comme dans le dictionnaire, contenir revêt deux sens principaux. D'une part, contenir signifie l'exercice d'une contrainte physique : retenir, arrêter, tenir dans les bras, attacher avec des sangles, enfermer. Ces dernières activités sont souvent regroupées sous le terme de « contention ». Dans ce sens, contenir indique la protection nécessaire dans le traitement des cibles professionnelles : la « crise », le « clash », le « passage à l'acte ». Il faut faire venir les pompiers pour « contenir la crise de violence » et éviter qu'une jeune se « mette en danger physiquement ». Contenir un jeune, c'est « le recadrage, quand on le secoue physiquement ». Ce sont ces activités de contrainte que désigne Mr Favier lorsqu'il parle des « moyens de contention » de l'hôpital. Quand Mr Amzaoui parle d'une séparation « plus contenante » entre Olivier et sa mère, il fait référence aux moyens de coercition qui peuvent être mobilisés pour réintégrer cet adolescent dans son lieu d'hébergement : décision du juge, intervention de la police, etc. La contention figure ici comme un terme au statut savant ambigu. Tantôt, il se situe dans le registre d'un savoir profane : on apprend à contenir « sur le tas », car « il faut bien ». Dans d'autres cas, il se positionne dans un registre plus savant, rappelant les productions officielles de la psychiatrie (comme par exemple les rapports et recommandations de la Haute Autorité en Santé). Comme les termes de crise ou de clash, « contenir » circule entre les différents segments professionnels et signifie une forme de requalification professionnelle de la violence adolescente, à mi-chemin entre langage savant et profane, et qui inclut la dimension de dangerosité des comportements de l'adolescent.

D'autre part, contenir signifie l'exercice d'une forme de protection, reposant sur une vulnérabilité de l'utilisateur et sur une identification de ses besoins. Il s'agit d'une aptitude relationnelle et affective à accepter l'adolescent, à le tolérer dans ses écarts, mais aussi à le rassurer et à l'apaiser par une forme de permanence, de continuité relationnelle. Ainsi, dans les exemples cités plus haut, le collègue n'arrive pas à tolérer la jeune migrante, l'assistante familiale « tient » Gwenaëlle par sa fermeté sur les horaires, les éducateurs PJJ sont « présents » mais pas « en permanence avec le jeune », l'inscrivant dans une forme de continuité apaisante et de relation de confiance. Être contenant, ce n'est pas seulement

rester maître de ses émotions, c'est aussi développer une forme d'intelligence, de lecture de l'intérieur (*intellegerer*), de l'adolescent. Luc, éducateur en hébergement atypique, affirme qu'il faut savoir « contenir » en s'appuyant sur sa propre « sensibilité pour un public à la marge ». Cette remarque souligne une dimension qui reste habituellement peu explicitée sur le terrain : celle de l'intelligence, au sens de « lecture de l'intérieur » que suppose la contenance. Cette dimension se retrouve dans des écrits professionnels : comme l'écrit le psychiatre Philippe Duverger, contenir c'est « décoder » une souffrance (Duverger et al. 2006, p. 821). Contenir signifie donc être compréhensif, c'est-à-dire se montrer tolérant, mais aussi comprendre dans le sens de développer une connaissance interprétative sur quelque chose qui reste inapparent ou hermétique pour le profane.

Sur le terrain, contenir correspond donc à deux registres d'action professionnelle. Dans un sens littéral, physique et externe, contenir signifie l'exercice d'une contrainte : retenir, limiter, arrêter, tenir par la force. Dans un registre figuré, affectif et interne, contenir indique l'action de tolérer, d'accepter, de rester maître de soi mais également de comprendre par une activité herméneutique.

1.3. Les dispositifs : contenir par les lieux, contenir par les liens.

Voici un bref extrait de la séance consacré au jeune Tarik, qui s'est « mis au cheval H 24 » lors de son séjour, jugé fructueux, en CEF :

Mr Echartier : ouais, c'est le paradoxe, on prolonge un CEF pour une adhésion éducative.

Mr Amzaoui : c'est ce type de lieu, ou bien un lien affectif fort : c'est ça qui va le tenir.¹⁷²

Les traitements discutés en commission se répartissent entre ces deux solutions « contenantes » : un « lieu » ou un « lien ».

Première solution, les adolescents peuvent être « contenus par les murs » de l'enfermement, essentiellement à « l'hôpital psychiatrique » ou « en prison ». Cette dernière expression peut désigner divers lieux privatifs de liberté (CEF, EPM, cellule de garde-à-vue) dans le cadre de la loi pénale. Comme le souligne Mme Ivernois, juge pour enfants :

¹⁷² Observation du 27 juin 2011.

« (Le terme « contenant »), on l’entend à plein de sauces. Pour des jeunes qui sont hospitalisés, ou qui partent en détention aussi. Tout ça c’est du contenant. »

Les professionnels estiment alors que l’adolescent a besoin de « se confronter à une limite, dure, ferme », ou encore « à une règle, à une contenance ». Ces solutions contenant ne se limitent pas à l’enfermement, elles incluent également des mesures de surveillance décrites comme « très cadrantes ». Par exemple, au sujet de Vincent, Mme Maillet estime que :

« Il faut un projet suffisamment contenant pour ce jeune, il a commis un viol, puis des attouchements sexuels »¹⁷³.

On envisage pour lui un « lieu très encadrant, très contenant » comme le CEF, ou bien une association de mesures « très cadrantes » : une formation professionnelle avec un « patron » connu des professionnels, un suivi psychiatrique pénalement ordonné, des rendez-vous réguliers avec son éducateur PJJ assurant une fonction de surveillance des diverses obligations décidées par le juge. Ces solutions de contenance « par les lieux » relèvent donc d’actions de contrôle et de coercition. Elles ne supposent pas le consentement de l’adolescent ni son autonomie.

Au contraire, le second type de contenance, « par les liens », suppose ou vise l’ « adhésion » de l’adolescent, terme qui désigne une forme de participation volontaire et de consentement. Les dispositifs d’hébergements atypiques, tels celui « en milieu naturel », en sont une image emblématique. Ils rappellent les organisations de « bas seuil d’exigence » pour le travail social auprès des adultes souffrant « d’addiction » ou des jeunes en « errance » (Pattegay 2001; Dassieu 2014). Les usagers peuvent être inclus dans les organisations de « bas seuil » même en l’absence d’un engagement contractuel de leur part et malgré leurs comportements déviants, l’objectif étant de limiter les risques et de favoriser l’autonomie. Les comportements des usagers (consommation de substance en particulier) sont tolérés car jugés, pour l’immédiat, nécessaires à celui-ci. Selon cette logique pragmatique, il s’agit dès lors d’encadrer les déviations plutôt que de les supprimer : les personnes Sans Domicile Fixe peuvent consommer de l’alcool dans les structures de bas-seuil mais dans certaines circonstances, les mettant à l’abri du risque de sevrage trop brutal

¹⁷³ Observation du 15 septembre 2011

ou d'hypothermie. Les toxicomanes peuvent intégrer les organisations de bas seuil même lorsqu'ils poursuivent une consommation de substances stupéfiantes, il leur est alors proposé des seringues propres et d'autres moyens de limiter les risques de contamination infectieuse. Karim Amzaoui choisit son service « en milieu naturel » comme lieu pour les entretiens ethnographiques. Ce projet, proche des logiques de « bas seuil », matérialise ce qui fait pour lui le cœur du métier d'éducateur : la « prise de risque avec le jeune ». A l'instar de ce service, le dispositif de contenance par les liens doit permettre de « capter » l'adolescent et qu'il se « sente attendu ». La permanence des intervenants est cruciale : on « pense à des relais » lorsqu'une discontinuité menace de survenir, on « lui garde sa place » même lorsque l'adolescent fugue. Dans le cas de la jeune Aysu, qui ne fait « que passer » dans son foyer « comme à l'hôtel », le Dr Dumont juge :

« C'est pas si mal de venir au foyer comme à l'hôtel, au moins pour prendre une douche, manger, plutôt que de se retrouver on ne sait pas où »¹⁷⁴.

Pour cette adolescente, des aménagements sont faits pour encadrer son absence : prévoir des rendez-vous pour « maintenir un lien avec son assistante sociale qui représente une présence adulte », « fixer une date à laquelle elle n'a plus sa chambre au foyer », s'assurer qu'elle « accepte de venir aux rendez-vous pour poser le cadre » et matérialiser le traitement. Le dispositif de contenance par les liens constitue donc un cadre de traitement particulièrement ouvert et tolérant avec les adolescents, autorisant (au moins provisoirement) qu'ils ne renoncent pas à leurs comportements déviants. Il fonctionne en pratique selon une logique de gestion des risques.

2. Deux figures sexuées de la dangerosité adolescente

Ces modes de traitement contrastés, voire divergents, tous recouverts par les dispositions physiques de la contenance, sont mobilisés de manière hétérogène selon le sexe des adolescents et selon les formes de dangerosité qu'il s'agit de traiter. Dans un premier temps,

¹⁷⁴ Observation du 17 janvier 2013

pour décrire ces traitements, nous nous contenterons de parler de *sexe*, puis dans un second temps nous introduirons une référence théorique au *genre*.

2.1. Différence des sexes, différence des dangers.

Dans la séquence qui suit, Karim Amzaoui me reçoit avec Luc, un éducateur de son service éducatif « en milieu naturel ». Ce service atypique est un projet expérimental, soutenu financièrement sur une durée probatoire par le Conseil Général. Son originalité réside dans le fait d'exécuter un placement pour l'ASE sans que le jeune soit dans un lieu déterminé. Contrairement à un établissement d'hébergement typique, ce service n'est donc pas constitué par des locaux mais par une équipe d'éducateurs qui se rend disponible nuit et jour par téléphone et dispose d'un local de permanence. Les mineurs accueillis sont dans des lieux identifiés (chambre d'hôtel, chez leurs parents) ou non (« à la rue », ou chez « un mac » pour les jeunes filles) et ils peuvent contacter l'équipe à tout moment. Karim Amzaoui et Luc évoquent deux cas typiques : celui d'un garçon, Aïssa, et d'une fille, Keltoum. Ils se lancent dans une discussion sur le bien fondé de « laisser à la rue » un adolescent¹⁷⁵.

Karim Amzaoui : (Aïssa) avait des problèmes psychiatriques, il n'était **pas en capacité de comprendre** la frustration, il n'aurait pas intellectualisé le fait qu'on le mette dehors. Pourtant il était **dangereux**, il avait des bidons d'essence chez lui, il était très inquiétant.

Luc : c'était un des gamins les plus explosés que j'ai connu. La moins pire des portes de sortie, c'était la prison. C'était un gamin qui aurait pu se foutre en l'air. Débordé, plus rien de contenant. Et du reste, sa demande c'était ça, qu'on me **contienne physiquement**, que je puisse plus en sortir.

Karim Amzaoui : Il y avait sa **mère qui le rendait fou**, qui réapparaissait à chaque fois. Ce gamin, on ne pouvait pas le laisser dehors, il cumulait problème de soins, problème de délinquance, problème de toxicomanie.

Yannis Gansel : Dans le cas de Aïssa, où l'avez-vous senti l'aspect psychiatrique ? Ça se jouait où dans le travail que vous faisiez avec lui ?

Karim Amzaoui : **ça se voyait** en lui, il se contenait, il avait une folie. Il regardait les gens qui passaient : pourquoi tu me regardes ? Il était un peu parano. Je lui disais : ça

¹⁷⁵ Je souligne.

suffit, tu vas agresser des gens, tu vas mettre des gens en danger. Ça se voyait en lui. Tu te souviens, une fois je l'ai poussé, je lui ai dit stop.

Luc : Oui, carrément ! **Trois solutions : la prison, la psychiatrie...ou, je sais pas.** Il aurait carrément pu décompenser ce gamin-là. Ces gamins à la limite de beaucoup de choses. La délinquance des fois avérée. Aïssa, bon c'est clair...

Yannis Gansel : La troisième solution, ça serait quoi?

Luc : La troisième solution, c'est l'automutilation. Les filles ça passe par le corps. Les diabétiques, elles ne prennent pas soins de leur santé. (...)

Yannis Gansel : (*au sujet de Keltoum*). Cette jeune fille qui était en fugue, qui était dans un réseau de prostitution, vous aviez le sentiment qu'elle avait des difficultés psychiatriques ?

Karim Amzaoui : Elle se voyait dans un monde hors réalité. Elle délirait, elle divaguait, dans le mensonge.

Luc : Elle était boulimique, avec des obsessions, ça passait aussi par des achats impulsifs, des jeux vidéo. Ici maintenant, dans l'instantané. On était moins dans les névroses, plus dans des choses limites.

Yannis Gansel : Vous n'en aviez pas parlé jusqu'à présent...ça influençait moins sur votre travail que pour Aïssa ?

Luc : Oui, car il y avait une **compréhension**. Alors que Aïssa, il y avait aussi le côté délictueux.

Karim Amzaoui : Keltoum, il fallait pas qu'on l'approche du côté psychiatrique. Elle serait jamais allée dans le soin.

Luc : C'était sa défense.

Karim Amzaoui : Jamais (*il accentue*) elle serait allée dans le soin psychiatrique, ni même vers un psychologue. C'était déjà bien qu'elle nous parle. Elle était en appartement, à 14 ans, avec son proxénète. On est allé loin, **à petite dose**.

Luc : Une défense, ça s'enlève pas comme ça. (...) (C'est) un exemple probant, la situation de Keltoum, par exemple, où **du côté de l'institution, il y a eu de la violence**. Il y a eu un lâchage de leur côté. Une gamine qui était dans des problématiques de **prostitution** organisée, un truc puissant, avec un fonctionnement majeur, avec son proxénète etc. Et en plus elle se revendiquait : je suis prostituée, c'est mon travail. Et du côté des institutions éducatives, une certaine violence. Et le

discours que tu lui tenais c'était : certes il y a eu peut-être des erreurs, au niveau éducatif etc. mais bon maintenant tu en es là, tu dois en faire quelque chose etc. »

Cet échange explicite la dangerosité : se mettre en danger, mettre en danger les autres (les bidons d'essence, les explosions de violence). Ces deux cas exemplaires laissent entrevoir deux figures ou « profils » pour reprendre l'expression de Sicot (Sicot 2010) sur l'activité de qualification des cas. Il s'agit d'idéaltypes de la dangerosité adolescente, très organisés par la différence des sexes.

2.2. Le délinquant.

Ici, Aïssa incarne le « délinquant », « dangereux », qui manifeste son indocilité au travail éducatif par la violence envers autrui. C'est dans cette violence-même que se trouve la vulnérabilité de l'adolescent : l'adolescent « fait des crises de violence, se met en danger physiquement ». Ce lien entre dangerosité et vulnérabilité est également illustré par la formulation emblématique du Dr Dumont au sujet du jeune Sofian qui est « en danger de viol constamment. »

Contrairement aux jeunes filles, la sexualité du garçon est peu examinée voire invisible. Elle ne peut être appréhendée que comme celle d'un agresseur. Ainsi, au sujet du même Ryan, Mme Poncet affirme que « c'est la première fois » que les membres permanents traitent le cas d'un jeune poursuivi pour une agression sexuelle alors même que c'est la cinquième situation de ce type depuis le début de l'enquête.

La souffrance du délinquant est manifeste. Elle « se voit » à travers les actes violents, et appelle des images « d'animalité », qui sous-entendent une impossibilité de le comprendre. Il « fait peur » comme le dit Mr Echartier dans la discussion sur le jeune Killian. Au sujet de Aïssa, Mr Amzaoui et Luc évoquent la peur des éducateurs :

Karim Amzaoui : je me souviens des éducateurs, ils flippaient,

Luc : il y avait de l'animalité...

Karim Amzaoui : ...et la folie qu'il y avait dans ses yeux. Il avait une souffrance ce gamin !

Le jeune Samir, ayant commis des actes violents envers les éducateurs, est fasciné par les « gangsters ». Plusieurs de ses frères sont incarcérés. Dans la discussion de son cas, Mr Nogent estime que sa fratrie est « une meute ». Ces images d'animalité émergent également dans les propos d'un pédiatre évoquant certains jeunes garçons conduits par la police aux urgences de l'hôpital. Ce médecin affirme la nécessité de les transférer aussitôt vers l'hôpital psychiatrique.

« (Ce sont) des vrais bêtes, je m'excuse de le dire comme ça mais aucun contact n'est possible avec eux ».

« L'adhésion » ou le consentement du garçon ne peuvent être recherchés. Son autonomie pourrait être dangereuse.

« (Aïssa) n'était pas en capacité de comprendre la frustration, il n'aurait pas intellectualisé le fait qu'on le mette dehors ».

C'est également ce que soulignait Mr Echartier au cours de la séance consacrée au jeune Tarik, 17 ans :

« Je le mets en garde, je lui dis si tu continues, il va y avoir la prison ou l'hôpital psy, même si là je m'avance un peu. Je suis sceptique sur l'avenir de ce gamin, dès qu'il a une échéance ça le fait monter. Un truc le fait disjoncter, et c'est soit il se fait planter, soit il plante quelqu'un. Il a une colère qu'il ne peut pas évacuer. »¹⁷⁶

Cette impossibilité de faire appel à l'autonomie du délinquant légitime l'usage de la contrainte. Il a besoin d'être « cadré ». Luc n'arrive pas à trouver une « troisième solution » (alternative à l'enfermement carcéral ou psychiatrique) pour Aïssa et la contrainte semble s'imposer au travail éducatif lui-même. Au cours de ce même entretien, Luc et Karim Amzaoui font un lapsus, confondant la prison et « l'HP » (hôpital psychiatrique). Toujours au sujet du jeune Aïssa, Karim Amzaoui estime que

« (Ce) gamin, il est tombé en prison. Quand même, ce gamin ! mais c'était presque : il fallait presque qu'il tombe, quoi ! »

¹⁷⁶ Observation du 27 juin 2011

Dans la situation du jeune Farid, 15 ans¹⁷⁷, l'assistant social de l'ASE qui présente le cas met en avant « ses difficultés de comportements », « ses comportements inacceptables auprès des adultes » qui appellent des réponses coercitives. La nécessité de le « tenir » physiquement, de le « cadrer » et d'user de la contrainte dans le traitement de ses comportements est mise en avant comme une forme de protection :

« En octobre, il a quitté le CER et a intégré le foyer X. Ça a pu le contenir, mais seulement un moment. Il pouvait dire qu'on lui faisait violence. Il faut dire que dans les moments de crise, il faut le contenir physiquement. »

Le statut migratoire du délinquant apparaît en partie, à travers une référence à la « banlieue » exotique ou encore en filigrane des références à l'animal sauvage. Ainsi, Mr Favier associe l'image de la « meute », qui « traîne au pied des immeubles » aux « quartiers chauds ». Parfois, sa famille est décrite comme néfaste, elle-même dangereuse. Ainsi, la mère de Aïssa le « rend fou ». Les liens familiaux, analysés comme pathologiques, se superposent aux origines sociales « de quartier ». Dans la présentation de Farid, 15 ans, l'assistant social de l'ASE (un homme ayant un patronyme francophone et âgé d'une quarantaine d'année) insiste sur le parcours de son frère « engagé dans des mouvements très inquiétants de délinquance dans le quartier ». Mr B, son éducateur, le décrit comme « un rebeu qui écoute du rap » et développe les stratégies de déstigmatisation (connaître « le temps de cerises ») qui visent à contrer implicitement l'ethnisation de Farid. Pour le jeune garçon délinquant, l'éloignement du « quartier » est perçu favorablement. Ainsi, Anis et Samir se font remarquer par leur adaptation au monde rural. Pour le jeune Killian, le lien avec le « quartier » explique ses comportements violents selon Youcef Chourfi, qui intervient ici comme directeur de son établissement d'hébergement :

Mr Amzaoui : Est-ce qu'il reconnaît l'autorité ?

Mr Chourfi : oui, il fait le pas vers l'adulte, il a une volonté de se plier à l'autorité, mais il y a aussi une banalisation, il est imprégné par le quartier où on se fait traiter de balance, de poukave. Le rapport à l'autorité n'est pas altéré, c'est le rapport à la loi qui l'est¹⁷⁸. »

¹⁷⁷ Observation du 17 juin 2010

¹⁷⁸ Observation du 20 mai 2010

2.3. La fugueuse.

Par contraste, dans l'échange entre Mr Amzaoui et Luc, Keltoum est le cas prototypique de la « fugueuse », « en danger ». Son indocilité s'exprime par la soustraction physique aux dispositifs. Nombre de descriptions de jeunes filles abondent dans ce sens. Elles « n'acceptent pas les limites », sont « dans l'errance ». La fugueuse est « difficile à capter », « insaisissable », « on la perdait », « elle filait » ou encore elle « se sauve », « s'envole ». Par exemple, pour la jeune Ouria, 16 ans :

L'assistante sociale de l'ASE : « Elle se fait mal, elle est souvent à l'hôpital. Au début de son placement, elle se mettait en danger, elle sniffe des solvants, elle traverse la rue sans regarder, les éducateurs ont dû la poursuivre et, au niveau somatique, elle a passé plusieurs fois la main à travers une vitre¹⁷⁹.

La souffrance de l'adolescente est intime, cachée, mais appelle une compréhension. Luc souligne ce point de différence entre Keltoum et Aïssa :

« Il y avait une compréhension. Alors que Aïssa, il y avait aussi le côté délictueux ».

Au cours de la séance consacrée au dossier de la jeune Gwenaëlle, 15 ans, l'assistante sociale de l'ASE insiste sur le lien entre l'histoire infantile de cette jeune fille et ses comportements perturbateurs qui « se comprennent »:

« C'est la fille d'une prostituée et de son proxénète. Sa mère est morte dans son enfance, elle a été placée chez la grand-mère entre 2 et 7ans, puis dans un foyer (...). C'est une problématique abandonnique, ce qui se comprend. »

La jeune Vanessa, âgée de 16 ans, en fugue de son foyer alors qu'elle est enceinte, a révélé à ses éducateurs avoir été victime d'un « viol collectif ». Son assistante sociale souligne la rationalité de cette jeune fille, alors que les participants évoquent la possibilité d'un trouble mental et la nécessité d'un enfermement psychiatrique : « elle pense qu'on va lui prendre son bébé, elle n'a pas tort ». Cette compréhension des jeunes filles contraste avec les images

¹⁷⁹ Observation du 20 janvier 2011

de folie et d'animalité associées aux garçons délinquants et se double d'un regard intime sur le corps.

Comme pour Keltoum, la fugueuse « passe par le corps », corps qui est agressé par l'adolescente et observé par les professionnels. L'adolescente s'inflige des marques, des coupures : elle se « mord », se « scarifie ». Parfois, elle « somatise ». Le corps de la jeune Marguerite suscite la « grosse inquiétude » des professionnels lorsqu'elle revient de fugue « pleine de bleus, cernée, amaigrie ». La jeune Hind a « des traces sur les jambes » des « tortures » subies dont elle ne parle pas.

Mr Favier : « (Hind) avait visiblement été torturée avec un fer à souder, elle avait des traces sur les jambes. Elle disait qu'elle connaissait ceux qui avait fait cela, et la mère aussi mais elle ne portait pas plainte. (...) Il s'est passé quelque chose au moment (de son hospitalisation en psychiatrie). On a pu travailler avec elle, puis ça s'est délité, elle est repartie en fugue. Elle disait qu'elle allait se prostituer, clairement.»¹⁸⁰

Comme dans le cas de Hind, si la souffrance est cachée, la sexualité est, quant à elle, publique et visible. Tout comme son corps, elle est examinée par les professionnels, exclusivement sous l'angle de la « prostitution ». L'assistante sociale de l'ASE qui la suit renchérit sur les propos de Marc Favier :

« Tout de suite (Hind) a recommencé les fugues. Elle expliquait ce qui se passait avec les hommes dans la rue. Il y avait de vraies mises en danger. »

La fugueuse est perçue comme victime des adultes, et en premier lieu de son « proxénète », du « réseau » où elle « retombe » au cours de ses fugues. Au cours d'un entretien, Charles Giraud explique :

« Les phénomènes de fugue des filles, parfois c'est trois semaines. Et puis il y a toute une frange de jeunes qui s'acoquinent avec des plus âgés, attirés par des plus âgés qu'eux, qui peuvent se faire manipuler... Donc pour les filles, ça peut être des situations très scabreuses, donc très déstabilisantes, donc aussi qui laissent des traces psychiques importantes... »

¹⁸⁰ Observation du 16 septembre 2010

L'adolescente est également victime de sa famille, et en particulier de sa mère. Celle de Sofia « qui dit oui mais fait non » la « rend folle ». La mère de Marguerite « l'enferme toute la journée ». Monsieur Chourfi a dû « porter personnellement plainte » contre la mère de la jeune Ouria, qui s'est montrée « envahissante, parfois menaçante ». Mais la fugueuse peut aussi être victime des professionnels eux-mêmes, susceptibles de faire de mauvais choix aux conséquences néfastes. L'image du « dossier » dont elle pâtit incarne ce statut de victime du « système ». Le dossier revient souvent au cours des commissions. Parfois, il est présent de manière concrète, lorsqu'une équipe de l'ASE apporte une volumineuse pile de plusieurs centaines de pages, classées dans diverses pochettes. D'autre fois, le dossier signifie de manière plus figuré le parcours de la jeune fille marqué par l'exclusion des institutions.

« J'ai fait 23 demandes écrites, 23 refus. La jeune se mettait danger au vu du dossier, c'est ce qu'on me disait. » (Une assistante sociale de l'ASE, au sujet d'Harmony, 14 ans).¹⁸¹

Comme le souligne Luc, il y a de la violence « du côté de l'institution » envers ces filles, qui se voient inscrites dans des discontinuités néfastes (du « lâchage », des « erreurs »). « Ce qui est compliqué, c'est nous »¹⁸² peut-on entendre dans les apartés entre les professionnels au cours des séances. Karim Amzaoui insiste souvent sur la nécessité de ne pas s'en tenir à « un dossier » pour demander une admission dans un établissement et encourage les travailleurs sociaux de l'ASE à organiser « des rencontres » entre les jeunes filles et les foyers susceptibles de les recevoir.

Les écarts de ces jeunes filles appellent une attitude de tolérance des professionnels et son adhésion aux dispositifs doit être recherchée, moyennant une « prise de risques » pour « travailler le fond ». La fugueuse peut « faire une demande », son autonomie doit être valorisée. Il faut la « capter », « y aller à petite dose » (comme le dit Mr Amzaoui au sujet de Keltoum). La fugue « se travaille » par des « allers retours ». « Il faut qu'elle puisse fuguer », « faire l'expérience » de la continuité et de la stabilité des professionnels. Elle doit « se sentir attendue ». Lors de l'analyse du dossier Marguerite Ben Yahia, Mr Amzaoui désapprouve le choix fait par l'équipe de l'ASE de conduire cette jeune fille à l'hôpital avec l'aide de la police

¹⁸¹ Observation du 18 novembre 2010

¹⁸² Observation du 18 novembre 2010

lors d'un retour de fugue particulièrement inquiétant. Il estime que ce n'est pas souhaitable « dans ce genre de cas » :

« C'est vrai que la police, la psychiatrie au retour de fugue, c'est pas toujours ce qu'il y a de mieux. »¹⁸³

Par contraste avec le délinquant, le statut migratoire de la fugueuse est inapparent. C'est le cas de la jeune Marguerite Ben Yahia, dont le prénom renvoie à la littérature française du 19^e siècle et le nom de famille au Maghreb. Aucune référence ethnique ou migratoire n'apparaît dans l'analyse de son cas. Ainsi, le directeur de son foyer, Mr B, portant un patronyme francophone, ne mobilise pas du tout la question ethnique apportée par Marguerite :

« Elle nous disait « mais vous vous accueillez que des jeunes filles blondes aux yeux bleus et bien sous tous rapports, je retourne à la rue pas chez ma mère ».

De la même façon, pour la jeune Hind, les professionnels se mettent d'accord pour lui attribuer une identité sociale dominante :

Mme D (assistante sociale de l'ASE, au patronyme francophone) : « Elle accepte le placement. Elle dit qu'elle veut travailler avec les enfants

Plusieurs voix : C'est classique

Mme D : ...ou avec des animaux. »

Dans l'activité du réseau, l'évaluation des cas est tendue entre ces deux profils, partagés par la différence des sexes.

2.4. Le cas incertain de Laïs Mahloul.

Lors de la séance consacrée au jeune Laïs Mahloul¹⁸⁴, l'interprétation du cas pose problème autant en termes d'évaluation de la dangerosité que d'attribution d'une « identité sexuelle ».

¹⁸³ Observation du 27 mai 2011

¹⁸⁴ Observation du 16 décembre 2010

Ce jeune garçon de 16 ans est présenté par Mme G, assistante sociale à l'ASE, accompagnée par l'éducatrice et l'assistante sociale de l'ITEP qui le scolarise ainsi que par la psychologue et le chef de service de la Montagne, l'établissement éducatif où il est placé « en séjour de rupture » depuis deux mois. Laïs grandit dans une fratrie de 4 enfants, issus de différents pères et qui sont élevés par une mère seule. Mme G explique avoir proposé un « placement externalisé » (mesure de placement où l'hébergement peut être activé à partir d'un suivi éducatif au domicile, une place étant généralement réservée pour le jeune dans un foyer durant la mesure) quelques mois auparavant, dans les suites d'un suivi éducatif administratif. Cette proposition a échoué car « la mère demandait un placement puis le met en échec » en « couvrant » les fugues de son fils. Laïs a intégré un ITEP avec internat à la dernière rentrée scolaire. Sur cet institut, son « comportement (s'est) dégradé » et Mme G s'est mobilisée en faveur d'un placement. Faute de réponse positive des établissements sollicités, elle a alors opté pour « une mise à distance pour lui permettre de réfléchir » et Laïs a intégré la Montagne.

Rapidement, le cas de Laïs se construit autour de deux points : ses fugues et son « identité sexuelle » incertaine.

Laïs fugue de son foyer la Montagne, pour se rendre à l'ITEP, d'où il fuguait avant son placement.

« Il s'est mis dans le refus des contraintes des adultes (...) On n'a pas d'accroche avec le vrai Laïs » (Mme R, éducatrice à l'ITEP).

Ces fugues représentent un danger pour lui-même : Laïs a par exemple été retrouvé dans un tunnel routier en vélo. Par ailleurs, la qualification sexuée de Laïs semble problématique. La remarque de Mme R ouvre cette question qui suscitera l'intérêt des participants :

« Au début tout allait bien, il avait l'apparence d'un jeune homme (...). Il avait une apparence très efféminée, à l'arrivée. » (Mme R)

Les refus des structures sollicitées par Mme G sont mis en lien avec cette sexualité problématique :

Mr Chourfi : « S'il faut passer par le collectif avant c'est compliqué, avec son ambiguïté sexuelle. »

Mme F approuve :

Mme F : « On a un rejet du dossier si on met ça, ça fait peur par rapport au groupe. »

Suit une discussion animée et confuse entre participants sur ce qu'on peut mettre ou cacher dans un dossier d'admission. Cette incertitude sexuelle double une incertitude migratoire. Dans la suite de l'analyse du cas, la psychologue de l'ITEP, Mme P, une femme au patronyme francophone, décrit son « personnage métro sexuel » en le liant à sa mère « qui ne parle pas le français ».

Mr D (directeur de la Montagne, patronyme francophone) : « Chez nous c'est comme à l'ITEP, on dirait un personnage efféminé comme dans une télé réalité.

Dr Dumont : c'est-à-dire ?

Mme P : c'est un peu un personnage métro sexuel, c'est une niche identitaire, un peu branché, il veut être créateur de mode, il fait de la cuisine. Il est très perdu du point de vue identitaire, il va chez sa mère mais dit des choses très dures sur elle, elle ne parle pas le français, lui, il lui en veut tellement qu'il ne peut pas se séparer d'elle. Il y a un travail à faire avec elle. »

Interrogée sur la signification de l'expression « métro sexuel » par plusieurs membres permanents, Mme P répond « métropolitain, et entre deux sexes », puis elle détaille :

Mme P : « il a un problème identitaire, il n'est ni banlieue, ni campagne. »

Par ailleurs, Laïs apparaît accessible à une compréhension :

« Il nous a alerté au niveau psycho car il avait besoin de parler, mais il n'arrivait pas à parler » (Mm R).

L'analyse se construit peu à peu autour de cette piste de la compréhension : l'absence du lien avec son père explique son problème « identitaire », Laïs « se construit sur le négatif » (Dr Dumont), il est absent par ses fugues comme son père est absent.

Comme le résume Mr Chourfi, c'est cette question de l'identité sexuelle qui couvre en dernier lieu la question migratoire. Il rapproche Laïs de « Steeve », un personnage « homo » d'une émission télé qui serait très apprécié des « ados des cités » :

Youcef Chourfi : « Vous avez défini le personnage métro, je connaissais pas mais j'ai pensé à Steeve. Mais pour un ado des cités, c'est un support identificatoire à défaut

de père, à travers différents passages à l'acte, il a son père en détention, il doit se trouver, avec une imago paternelle comme vous dites (*il s'adresse un peu à la ronde*). »

La violence de Laïs est écartée de la construction du cas, bien que certains participants la citent. Mme P avait rappelé un peu plus tôt : « Il refuse la loi et un tiers symbolique ». Dans la séquence qui suit, Laïs pourrait être délinquant, pour autant, ce n'est pas la catégorie que retiennent les acteurs.

Mme R : il a fait beaucoup de vols, il a agressé un éducateur, il a eu un passage en maison de justice.

Mme Maillet : ça a été traité au niveau du parquet, alors.

Mme R : par rapport à la loi symbolique, il tente de dire aux gendarmes comment faire leur métier, il pourrait être délinquant, pas comme un psychopathe mais il pourrait insulter les policiers.

Lorsque la psychologue et le directeur de la Montagne reposent la question de la violence de Laïs, Mme G y répond en évoquant son corps (ne pas s'alimenter) et le danger pour lui-même :

Mr D : mais c'est sa seule forme de transgression, il respecte les adultes,

Mme P : il dit que c'est ça son progrès, respecter les adultes, ne pas être blessant. Je ne sais pas comment il a été ailleurs, à l'ITEP ?

Me G : en famille d'accueil, il a été très inquiétant, on a pensé qu'il avait besoin d'être hospitalisé, il mangeait que des aliments moulinés, il disait qu'il était anorexique.

Alors que la réunion se déroule, les participants recherchent un « endroit suffisamment contenant » (Mme P). L'analyse s'oriente vers « le lien » qu'il faut travailler et vers un dispositif tolérant les comportements de Laïs. Les participants écartent le recours à des mesures contraignantes et à l'enfermement.

Dr Dumont : il faut quelque chose de social, et prendre son temps, pas lui mettre une pression identitaire, il faut pas trop le psychiatriser.

Mr Favier : il lui faut un lieu dont il peut fuguer et on lui dit « ta place est là ».

Un foyer de jeunes travailleurs ou un appartement éducatif sont évoqués comme lieu à préconiser pour l'hébergement de Laïs. La préoccupation pour les fugues, au détriment de la violence, le recours à une contenance par les liens, faiblement coercitive, la possibilité d'interpréter de manière compréhensive les écarts de l'adolescent, la visibilité du corps marquée d'une pathologie féminine (l'anorexie)... Tous ces éléments indiquent que, finalement, le cas de Laïs est résolu comme celui d'une fille. Pourtant, à aucun moment n'a pu vraiment se formuler la question de son « identité » en terme d'homosexualité.

3. L'adhésion : autonomie et consentement

En complément de ces figures sexuées, le traitement des adolescents difficiles par la contenance repose sur la notion « d'adhésion », qui sert de discriminant entre contention par les murs et par les liens. Les membres du réseau réalisent un travail d'évaluation de cette adhésion.

En de rares occasions, l'adhésion des parents est abordée. C'est le cas au cours d'une séance consacrée à l'évaluation du réseau¹⁸⁵. Mme Levrant se demande si elle pourrait solliciter l'avis des membres permanents pour des situations rencontrées par les services sociaux scolaires.

Mme Levrant : « Mon service me demande : pourrait-on présenter un dossier par exemple pour des parents qui refusent un dossier MDPH ? On a beaucoup de situations compliquées comme cela. (...) Le problème dans la situation que je citais, c'est de savoir à quel moment ça tombe dans la protection de l'enfance. (...) »

K Amzaoui : Enfin, oui, c'est le problème de l'adhésion quoi.

Dr Dumont : on voit bien que certains parents ne veulent pas être dans la filière de l'assistance.

En entretien, Mme Levrant détaille plus ce problème de l'adhésion des parents :

¹⁸⁵ Observation du 17 février 2011

Mme Levrant : « Les garçons se calment d’eux-mêmes vers 14 ans, de manière physiologique, alors on se demande l’intérêt de mettre en place des mesures éducatives en 5^{ème}. En dernier lieu, les parents ont raison de ne pas adhérer dans ces cas. Ça pose question sur l’intrusion de l’Etat dans la vie privée. Au contraire, certaines mamans ont du mal à se séparer de leur enfant. Elles ont une relation très exclusive, et se retrouvent en situation de maltraitance avec des enfants qui les volent par exemple. Du coup, le refus des parents est compliqué, parfois ils ont raison, parfois ils ont tort de refuser notre intervention. »

Le dilemme apparaît ici entre les interventions de protection et le respect de l’autonomie des usagers parents, entre les impératifs publics (de sécurité collective et de protection) et les normes privées de la famille.

Le plus souvent cependant, c’est l’adhésion des adolescents qui fait l’objet d’une évaluation, reprenant une partie de ces enjeux tout en les détachant de leur cadre familial et les inscrivant dans un parcours individuel.

3.1. Evaluer l’adhésion.

Lors de la séance consacrée à la jeune Hind¹⁸⁶, les deux travailleuses sociales de l’ASE en charge du dossier résument ainsi ses « difficultés » :

Mme D : « Elle était devenue inorientable.

Mme C : « Elle ne pouvait pas dire sa volonté, les institutions marchent pas si un jeune ne peut pas dire un minimum son adhésion. »

Cette notion d’ « adhésion » est un des axes d’analyse des cas qu’utilisent les membres permanents. Voici deux exemples illustrant la façon dont cette évaluation peut être faite.

Le jeune Samuel¹⁸⁷, âgé de 15 ans, pose le problème suivant : il est suivi sur le plan pénal pour « un viol entre guillemets » commis sur sa demi-sœur. Il a été condamné à une mesure de liberté surveillée puis un placement a été demandé par le juge, d’abord en établissement

¹⁸⁶ Observation du 16 septembre 2010

¹⁸⁷ Observation du 30 avril 2010.

éducatif de la PJJ puis en CER du fait de nombreuses fugues. Lors de ce placement, il a « bien accroché avec l'activité équitation, il continue depuis à passer ses Galops¹⁸⁸ ». Son assistante sociale de l'ASE, Mme A, n'a pas trouvé de place en foyer à sa sortie du CER et, par défaut, Samuel a été renvoyé chez sa grand-mère en attendant une solution d'hébergement. Mme B, la responsable du secteur enfance à l'ASE et supérieur hiérarchique de Mme A, souligne :

Mme B : « Ce qui nous inquiète, c'est l'absence de lieu de vie depuis la sortie du CER ».

Mme S, éducatrice PJJ en charge de Samuel, précise qu'il est « totalement déscolarisé » depuis près d'un an. La question qui organise la suite de la discussion se résume ainsi : faut-il privilégier la formation demandée par le jeune (sur le cheval) ou le lieu de vie ? Samuel est décrit dans les termes suivants :

Mme S (éducatrice PJJ en charge de Samuel) : « il a relevé les épaules, il s'exprimait, il était pour une tentative de retour chez la mère. »

Mme B (responsable ASE) : « La dynamique est **positive** (*elle souligne*) il s'exprime, il donne son avis, il a compris qu'il doit être dans un lieu de vie. Il s'inscrit dans la **société**, et dans sa **famille** (*idem*). »

Les préconisations, formulées par Mme Quentin, s'orientent finalement vers une solution scolaire atypique permettant à la fois d'éprouver le « désir du jeune » et de s'assurer qu'il est « encore cadré » chez sa mère.

Tout comme pour le jeune Samuel, le cas du jeune Anis, 16 ans, convoque la dangerosité sexuelle¹⁸⁹. Mais son traitement est différent. Anis est placé depuis la petite enfance du fait de « difficultés psychologiques de sa maman ». Le problème qui motive l'analyse de son cas est le suivant : il a eu des comportements sexuels déviants (il s'est exhibé devant la petite fille d'un éducateur travaillant sur son lieu d'hébergement) qui ont conduit à une première exclusion d'un lieu de vie et depuis il est placé sur un lieu d'urgence « sans solution ». Contrairement à Samuel, « l'avis » ou le « désir » du jeune n'est pas examiné. Au contraire,

¹⁸⁸ Niveau d'apprentissage reconnu par la Fédération Française d'Equitation

¹⁸⁹ Observation du 24 mars 2011

les participants suivent l'avis de Mme J, l'éducatrice qui le prend en charge sur son lieu de vie actuel :

Mme J : « Il a des problèmes avec ses pulsions, les hormones, surtout par exemple lorsqu'il voit des filles passer (...) Il se rend compte, mais il n'a pas accès à ce qui peut l'aider à se contrôler, à gérer ça. »

Le compte-rendu de la séance, rédigé par Mme Derbak-Thomas, reprend ce point de vue :

« (Anis) a encore besoin d'être beaucoup accompagné avant de gagner son autonomie. »

Les préconisations iront dans le sens de maintenir le jeune Anis sur son hébergement d'urgence actuel, de manière dérogatoire, tout en diversifiant les lieux d'accueil (famille d'accueil relais, autre foyer dans un second temps) et en renforçant l'encadrement (solliciter une audience éducative chez le juge pour redire les interdits concernant ses comportements sexuels, l'inscrire sur un secteur psychiatrique plus proche de son foyer pour intensifier les consultations). Ces préconisations se justifient par le besoin d'Anis « d'être accompagné » de manière plus rapprochée que les autres jeunes de son âge, ainsi que par le « risque que le jeune reproduise les mêmes faits ».

L'adhésion renvoie donc à l'idée du consentement de l'adolescent, ainsi qu'à son « avis » c'est-à-dire l'exercice d'une certaine autonomie. L'adhésion est analysée pour les différents dispositifs que fréquente l'adolescent : l'hébergement éducatif, le soin psychiatrique ambulatoire. Au sujet des « soins » « à partir du moment où on adhère, on a fait au moins 30% du chemin » explique Mr Favier. L'adhésion ne concerne cependant pas l'hospitalisation en psychiatrie, où la contrainte reste prédominante, ni le suivi des mesures pénales. Comme l'illustrent les cas de Samuel et Anis, deux types de construction sont utilisés au cours des commissions.

Dans le premier cas, l'adhésion du jeune est envisageable. Soit elle est positive (il « participe », se montre « actif », « s'implique »), soit elle doit être recherchée par les professionnels dans un travail de capacitation (il faut « travailler le fond », aider le jeune à « progresser »). Second type de cas, illustrée par Anis : l'adhésion n'est pas envisagée, elle est impossible du fait de la « problématique » du jeune. Dans les deux cas, l'analyse de l'adhésion permet de sortir l'adolescent de son statut « inorientable » : si le jeune n'adhère pas, les participants décident si l'adhésion doit être recherchée ou si elle est jugée

impossible. Dans cette seconde hypothèse, il faut alors construire la prise en charge sur la contrainte et sur une contenance « par les murs » ou par un accompagnement « très cadrant ». De ce point de vue, même si le réseau ne répond pas à une demande immédiate « d'orientation », il œuvre à rendre les adolescents « orientables ». Ce travail de *discernement* (au sens de séparation, de distinction) est réalisé par les acteurs de seconde ligne. A l'instar du travail fait par les médecins avec les patients « bloqués » dans les services d'urgence hospitaliers (Gansel, Danet et Rauscher 2010, p. 506), les membres permanents utilisent l'évaluation de l'adhésion pour « tirer » une ou plusieurs « ficelles » de la pelote serrée, perçue initialement comme inextricable, de ses difficultés : la scolarité dans le cas de Samuel, l'éducation sexuelle dans le cas d'Anis.

3.2. L'adhésion: le propre de l'adolescent.

Au sujet du placement éducatif, Luc et Mr Amzaoui souligne la spécificité de l'adolescent par rapport à l'enfant : une « mise en sens » qui renvoie à « l'adhésion ».

Luc : « A l'adolescence, il faut remettre en sens un placement, la question de l'adoption, de l'identité. (...) Il y a l'injonction administrative du placement, mais ça ne suffit pas, il y a l'adhésion et cela ne peut que se travailler dans la relation éducative.

K Amzaoui : un gamin qui n'adhère pas, on va pas lui courir après. Il faut qu'il mette du sens dans son placement. »

Comme nous l'avons vu, les rares cas où un enfant est examiné confirment cette idée. Pour la petite Sarah, une « enfant » de 7 ans, la discussion s'oriente sur la constitution d'un dossier à la MDPH et l'ouverture de droit scolaire et d'hébergement au titre du handicap mental. Le cas du jeune Jérôme, âgé de 11 ans, est également traité comme un « enfant », « suivi depuis l'âge de un an », un « garçon attachant » qui « se tient comme un enfant, avec son pouce dans la bouche mais il a aussi des moments où il est plus ado ». Le jugement du cas comme celui d'une pathologie « classique » organise la discussion. Le statut de malade mental organise la construction du cas des enfants, ce qui contraste avec le statut bien plus ambigu (souffrant mais pas malade) partagé par les adolescents. L'adhésion de l'enfant n'est pas analysée dans ces cas, pas plus que leur dangerosité. Seule leur vulnérabilité est

examinée. Pour reprendre les conceptions de Jean-Louis Genard (Genard 2009), là où l'enfance est lue de manière « disjonctive », l'adolescence se construit dans une « anthropologie conjonctive » selon laquelle l'action humaine est à la fois déterminée et libre. Les adolescents difficiles ne peuvent pas être repérés dans l'opposition binaire entre maladie et normalité et les interventions se doivent non seulement de respecter leur autonomie mais aussi de participer à la construction de celle-ci.

4. L'évaluation éthique des traitements

Il y a au moins trois dimensions éthique dans le travail clinique du réseau : il s'agit d'abord d'évaluer l'intérêt thérapeutique de se « salir les mains » dans l'usage, toujours difficile, de la force physique. Est-ce ou non un traitement à mettre en œuvre (« bon » ou « mauvais ») et si oui, avec quel dispositif (éducatif, sanitaire, pédagogique) ? Il s'agit ensuite d'évaluer si la personne qui en fait l'objet en « vaut la peine », c'est-à-dire qu'il est bon de mobiliser pour elle des ressources par ailleurs limitées. Enfin, il s'agit de se conformer à l'idéal éthique et au sens du devoir professionnel du praticien. Ces trois dimensions impliquent une réflexivité des cliniciens et non, comme on pourrait le dénoncer, l'application mécanique d'une forme de sanction qui ferait intervenir arbitrairement la force physique selon leur bon vouloir. La contrainte semble revêtir dans l'absolue une valeur négative en regard du care. Pourtant, dans la pratique, cet équilibre éthique est instable et les traitements font l'objet d'une évaluation. Dans ces deux dimensions (contrainte et care), la contenance apparaît comme un traitement, toujours implicite, de la dangerosité des adolescents. Cependant, cette dangerosité est abordée différemment selon le sexe de l'adolescent, selon sa localisation dans les dispositifs et selon l'évaluation de son adhésion.

4.1. Evaluation éthique de la contenance.

Le registre d'action de la contrainte (la « contention » ou la contenance coercitive et marquée par le contrôle et l'usage de la force physique) fait l'objet de jugements variables : il est parfois souhaitable, parfois nécessaire, rarement regrettable. Par contraste, la contenance comme care est, quant à elle, toujours créditée d'une valeur positive en soi. Cette aptitude à « contenir » ou « être contenant » est conçue comme étant au cœur de

l'intervention, que ce soit dans le travail éducatif ou dans le soin psychiatrique. Contenir est à la fois une valeur (vers laquelle tend l'action éducative ou thérapeutique), et une norme (ce qu'il est bon ou non de faire). Ainsi, dans un article de la revue Santé Mentale, Dominique Friard, infirmier en psychiatrie, opposait « contention qui est de l'ordre de l'agir » et « contenance qui relève de la mise en sens » (Friard 2011). Sur le même ton, le psychiatre Philippe Duverger présentait la contenance dans les termes suivants, lors d'une communication aux journées de la Société Française de Pédiatrie en 2006.

« L'agitation chez l'enfant et l'adolescent est le plus souvent relationnelle, c'est-à-dire dépendant de l'attitude de l'entourage. Or, l'agitation induit toujours des sentiments de dangerosité et d'angoisse chez l'entourage (lesquels, en retour peuvent majorer l'agitation du jeune). Pour autant, tant qu'il y a de l'agitation, c'est qu'il y a de la vie et donc de l'espoir ! Ainsi, il s'agit de viser un apaisement, non un silence. Une liberté, non une contention. Un projet de soin, non une anesthésie. L'agitation est toujours le signe d'une détresse qu'il s'agit de décoder. (...) Les attitudes de soutien et de protection rassurent, elles permettent de contenir sans détenir ». (Duverger et al. 2006, p. 821)

Ces deux documents sont écrits dans des logiques différentes : le premier se positionne au sein d'un discours militant contre les missions répressives de la psychiatrie (la « dinguerie »), le second s'inscrit davantage dans un échange savant entre psychiatres et pédiatres. Ils rencontrent les observations faites au cours des commissions et confirment ce jugement a priori favorable à la contenance comme care et défavorable à la contenance comme contrainte. Les acteurs du réseau décrivent la coercition dans les termes du sale boulot : les adolescents « finissent contenus » par des sangles, on le fait « car il faut bien », mais personne n'a envie de se salir les mains. Ces textes ajoutent une dimension herméneutique (la « mise en sens », « décoder »), issue de la « clinique du sens » pour laquelle les psychiatres des secteurs se mobilisent alors, comme critère de différenciation entre ces deux pratiques. Enfin, ils soulignent la nature nécessairement collective du traitement : la capacité à contenir dépend de « l'entourage », elle est le fait de « l'institution ».

Comme l'a montré Hejtmanek (Hejtmanek 2010) au sujet des pratiques de contention dans les centres éducatifs thérapeutiques américains, le terrain vient nuancer ces jugements moraux a priori et indique qu'ils varient en fonction de différents paramètres contextuels. Hejtmanek montre que contenir remplit d'autres fonctions : appréhender l'intimité entre

hommes, traduire et transformer une « racialisation » des pratiques de santé par la référence à la violence « de rue » dont il s'agit de protéger les adolescents noirs.

4.2. Evaluation selon le sexe, la localisation et l'adhésion.

Les deux figures sexuées de la dangerosité, le délinquant et la fugueuse, appellent des normes de traitement (la façon dont ils ont « besoin d'être contenus ») divergentes. Schématiquement, la contenance par « les murs » s'adresse aux délinquants, celle « par le lien » aux fugueuses. D'un côté, il y a le jeune garçon dangereux, pour qui il faut des « limites physiques », qu'il faut « arrêter ». L'enfermement psychiatrique ou carcéral est dans ce cas la forme ultime de la contenance. D'un autre côté, la jeune fille en danger doit être « accrochée », en « y allant à petite dose » et en lui laissant faire « l'expérience de la rue ». Il s'agit de « contenir par les liens » et de « prendre des risques » avec ces jeunes filles en fugue. La contenance par les liens s'adresse aux fugueuses, la contenance par les murs aux délinquants. Cependant, la localisation de l'adolescent dans les dispositifs vient moduler cette répartition schématique.

Les évaluations morales des traitements et la gestion de la dangerosité sont également relatives à la place qu'il occupe dans les institutions et à la possibilité de différer ou d'exporter l'usage de la contrainte. Dans la séquence suivante, la coercition et la tolérance sont difficilement distinguables.

Un assistant social de l'ASE, au sujet de Farid, 15 ans : « En octobre, il a quitté le CER, et il a intégré le foyer X. Ça a pu le contenir mais seulement un moment. Il pouvait dire qu'on lui faisait violence. Il faut dire que dans les moments de crise il faut le contenir physiquement. » Au cours de la même séance, un éducateur de l'ITEP ayant reçu Farid : « Chez nous, il a mis à mal les profs, il s'est frotté aux éducateurs de manière physique, un éducateur a porté plainte. On ne pouvait pas contenir Farid. On ne pouvait pas valider la présence d'un jeune qui avait des actes de violence forts, qui entraînait les autres dans des consommations de cannabis ».

Qu'est-ce que « contenir » dans cet échange ? S'agit-il de rectifier le jeune Farid ou de l'accepter dans ses écarts ? Un enjeu de cette discussion, qui n'est pas explicité ici, est l'exclusion de cet adolescent hors des dispositifs (foyer X, ITEP).

Depuis l'exécution de sa peine pour viol quelques mois plutôt, Virgil vit dans un lieu d'hébergement d'urgence pénal faute d'un foyer acceptant de le recevoir au titre de la protection civile. L'éducateur PJJ en charge de son dossier affirme :

« L'éducatif c'est un pari. Moi j'y crois. »

Son point de vue l'emporte dans la discussion avec le Dr Dumont et les participants se rallient à l'idée qu'il faut « faire un pari », prendre des risques, « travailler avec lui », favoriser la « continuité des mesures éducatives ». Le Dr Boissier souligne l'importance de maintenir des relations avec les professionnels déjà impliqués :

« Un travail psychique ça ne se morcelle pas, ce n'est pas le supermarché. (...) On voit bien que c'est un garçon qui a une histoire morcelée, très traumatique depuis son enfance. C'est dommage que lorsqu'il se pose un peu et qu'il a une représentation de sa vie psychique, on le change de lieu parce que les adultes ne savent pas où le caser ».

Mr Amzaoui proposera l'aide de son établissement en fin de discussion :

« Il ne pose pas de problème dans la structure ; il devrait trouver une place. S'il est refusé dans les autres établissements, ce n'est pas qu'une question de place. On peut en discuter (*sous-entendu : pour une admission dans son foyer*). En septembre, contactez-nous si vous ne trouvez toujours rien. »

Dans ce cas, malgré la qualification de Virgil comme un garçon délinquant, c'est la contenance « par les liens » qui est jugée favorablement, ainsi que la « prise de risque ».

Autre exemple d'un tel jugement, le cas du jeune Killian qui est lui aussi hébergé depuis plusieurs semaines sur une place d'urgence. Après avoir évoqué puis écarté un dispositif de contrainte (un CER), les membres permanents soulignent l'importance d'un traitement par les relations « contenantantes » :

Mr Chourfi : Il lui faut une présence adulte.

Mme Quentin : Quelque chose de contenant.

Mr Amzaoui : Il lui faut une relation, en tête à tête, par exemple avec un artisan. Ça se trouve, le problème c'est qu'il y reste.

Au contraire, Samuel, mis en examen pour une agression à caractère sexuel, a été refusé par « 30 établissements » agréés par l'ASE. Il a alors été placé chez sa grand-mère. Il a agressé

celle-ci et depuis a été « restitué » à sa mère chez qui il vit actuellement. Les professionnels jugent favorablement son passage en CER. Ils s'inquiètent d'un suivi qui soit suffisamment « cadré », estimant nécessaire de contrôler les habitudes de vie de Samuel (ses horaires de coucher, de sortie, etc.). Donc, dans le cas de ce garçon délinquant localisé en dehors d'un dispositif, il s'agit de contenir « par les murs », traitement décliné ici par des mesures de coercition et de contrôle.

Dans le cas de Marguerite, une discordance émerge entre membres permanents. Cette jeune fille réside irrégulièrement chez sa mère au cours de ses nombreuses fugues alors qu'une mesure de placement au titre civil a été décidée par le juge des enfants. Le Dr Boissier insiste sur la nécessité d'une contenance « par la règle », posant la question de mesures judiciaires coercitives (CER, garde à vue). Il met en avant la dangerosité de Marguerite qui « vole des voitures » et peut les « crasher » et écraser quelqu'un. Les autres membres permanents lui opposent le « genre de cas » dont fait partie la jeune. Pour Marguerite, c'est donc le profil sexué de la dangerosité (la fugueuse) qui l'emporte sur sa position dans les dispositifs (hors des dispositifs).

D'une manière générale, lorsqu'ils statuent sur des situations d'adolescents hors des institutions, les acteurs jugent plus souvent la coercition comme favorable. Au contraire, il apparaît que l'usage de la contrainte est jugé défavorable lorsqu'il s'agit de maintenir un adolescent dans une structure. C'est alors la contenance par les liens, comme tolérance et continuité, qui est souhaitée. Dans les deux cas, l'enjeu est d'éviter l'exclusion des dispositifs et de respecter la contrainte d'une continuité de l'action publique, contrainte qui pèse sur le travail social et thérapeutique avec les adolescents dangereux ou en danger.

Enfin, le jugement du « bon » traitement repose sur l'évaluation de l'adhésion de l'adolescent. Il faut rappeler ici que la contenance « par les murs » passe soit par un lieu d'enfermement, soit par une prise en charge très « cadrante » assurant diverses mesures de contrainte et de surveillance. Dans ce second cas, les adolescents doivent se montrer capables « d'accepter l'autorité », de « respecter le cadre », d'être « actif » dans leur prise en charge ou encore de « faire un travail » avec la psychologue (comme c'est le cas pour Vincent, Tarik ou Samuel qui ne sont « pas des délinquants-type »). Dans ces derniers cas, l'adolescent est jugé comme pouvant « adhérer » et se montrant « actif » : c'est-à-dire qu'on le juge capable d'une autonomie et qu'il fait preuve d'une forme de consentement. L'adolescent devient alors « cadrable » : il se montre capable d'intérioriser le dispositif

permettant sa surveillance et son contrôle. Les conditions sont alors remplies pour le passage d'un dispositif de contrôle externe (l'enfermement) à une disposition interne (une façon d'être). La contrainte s'exerce sur le corps de l'adolescent dans le premier cas, et sur sa subjectivité dans le second.

4.3. L'intime et le genre.

Le sexe tient donc un rôle central dans l'activité de discernement opéré par les acteurs de seconde ligne au sein du réseau : il s'agit d'un facteur de tri, de distinction dans l'évaluation éthique du traitement de la dangerosité. Passer du sexe comme outil descriptif au genre comme outil analytique, nécessite une précision conceptuelle. Le genre s'entendra ici suivant la définition, en deux points, qu'en fait Joan Scott :

« La définition (du genre) repose sur une relation - absolue- entre deux propositions : le genre est un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier les rapports de pouvoir ». (Scott 2012, p. 41)

Ces deux facettes inséparables (la différence perçue dans l'interaction sociale et les rapports de pouvoir) rendent bien compte des deux aspects du terrain. La dangerosité des adolescents se construit sur la perception de leur sexe (comme l'indique en négatif le cas indécidable de Laïs). Cette différence conditionne leur inscription dans un dispositif de traitement de la dangerosité, mobilisant l'interface d'un savoir et d'un pouvoir.

Au sein du réseau, la désignation des adolescents comme en grande difficulté contient à la fois leur qualification comme « en danger » et comme « dangereux ». Leur traitement implique deux types d'action professionnelle : l'une du côté du care, l'autre du côté de la contrainte et du contrôle. Cependant, dans la pratique, la répartition de ces qualifications et de ces actions est conditionnée par le genre des adolescents. Mise en rapport avec sa localisation, cette discrimination de genre permet de donner les « coordonnées » de l'adolescent entre dispositifs de care et de contrainte. Plus qu'une asymétrie dans la répartition du care (pour les filles) et de la rectification (pour les garçons), l'observation du terrain incite donc à identifier une *cartographie genrée* des formes de dangerosité (pour soi ou pour autrui), de leurs traitements (soin et contrôle) et de lieu de leur gestion (psychiatrie, justice pénale, travail social, pédagogie spécialisée).

Les observations du réseau renvoient aux travaux de Coline Cardi et d'Arthur Vuattoux sur la justice des mineurs, inspirés par le concept de « gender sentencing ». Partant de l'idée d'un « filtre de disparition » des jeunes femmes de la filière pénale, Coline Cardi (Cardi 2009) montre la réduction doxique de la criminalité des femmes dans le milieu carcéral à la criminalité sur les enfants, réduction qui indique en négatif la spécificité de la femme : la maternité. Les femmes, même comme criminelles, n'existent qu'à travers leurs enfants. Pour Cardi, les déviances féminines, relativement « préservées » de l'incarcération, font l'objet d'un traitement plus protectionnel, extra-pénal, que punitif de la part de la justice pénal :

« Les femmes sont jugées déviantes au regard d'autres normes, en deçà de la norme légale et en amont ou à côté de la sphère pénale. Il s'agit de prendre en considération les institutions parapénales qui contribuent à « préserver » certaines femmes de l'incarcération, en produisant des figures (féminines) de la déviance, notamment autour de la question de la maternité. On est ici face à une déviance non criminalisée, invisible et invisibilisée, qui se manifeste dans d'autres sphères du droit comme celles du droit civil et du droit social quand ils touchent à la famille et à la protection sociale. » (Cardi 2007, p. 4)

Vuattoux (Vuattoux 2014) a conduit une enquête ethnographique au sein d'une juridiction pour mineurs de la région parisienne. Il s'intéresse aux recommandations faites par les équipes PJJ aux magistrats en vue de les aider dans leurs jugements. Il compare les données des écrits éducatifs (les RRSE, recueils de renseignements socio-éducatifs) avec des focus groupes réalisés avec les éducateurs. Il observe que les éducatrices (femmes) sont particulièrement sensibles au genre féminin de l'adolescent et montre que les filles sont plus abordées à partir de leurs caractéristiques « intimes » (blessures intimes, état psychique, etc.) qu'à partir de la nature de l'infraction (contrairement aux garçons) (*Ibid.*, p. 56-57). De la même façon, le corps des filles est décrit en détail dans les rapports (fatigue, allure physique, beauté) alors que celui des garçons reste peu observé. La scolarité est également moins mentionnée chez les filles que chez les garçons : les filles sont analysées sous l'angle de la souffrance et des relations familiales, intimes ou sexuelles, les garçons sous celui de l'inscription dans le monde du travail. Arthur Vuattoux précise que le sexe des éducateurs semble peu déterminant dans l'analyse faite sur les garçons :

« Les difficultés psychologiques et l'intimité de ces adolescents semblent relativement inaccessibles aux éducateurs, quel que soit d'ailleurs le sexe de ces professionnels. Par opposition, il n'est pas rare de lire dans des procès-verbaux policiers une référence à la sexualité d'une jeune fille, quand bien même il ne s'agit pas d'une affaire à dimension sexuelle. » (*Ibid.*, p. 62)

Schématiquement, les filles sont « à protéger » alors qu'il faut « mettre un coup d'arrêt » ferme aux déviances des garçons.

Ces observations du monde judiciaire, où « l'intimité renforce l'ordre de genre » (*Ibid.*, p. 63), recouvrent largement le traitement des adolescents difficiles du réseau. Dans ces deux terrains, la question de l'intimité et par extension de la sexualité discrimine fortement le traitement des filles et des garçons. Elle invite à explorer deux logiques genrées à l'œuvre : d'une part, le rôle des normes de genre dans le regard professionnel (conditionnant des attentes spécifiques de genre), d'autre part, le rôle du traitement institutionnel de l'intimité dans la production et la reproduction des normes de genre.

5. La clinique et les caractéristiques sociales des adolescents.

Telles qu'utilisées par Joan Scott et d'autres chercheurs influencés par la philosophie marxiste, le genre s'inscrit dans un « triptyque » de discrimination qu'il constitue avec la classe et la race. Bien que renvoyant tout comme la notion de *filtre* à l'action de séparer, de différencier, de « faire des différences » dans l'interaction sociale, la *discrimination* contient une connotation « d'injustice ». Or, si en matière de genre il apparaît ici évident que, derrière l'apparente neutralité de l'Etat, des logiques différentes agissent, elles ne renvoient pas nécessairement à un traitement défavorable. Aussi, pour décrire et analyser les autres caractéristiques sociales des adolescents, nous préférons la notion de « filtre » à celle de « discrimination ».

5.1. Une population socialement homogène.

Au cours de l'enquête, 51 situations ont été étudiées par les membres du réseau. Elles concernaient pour deux tiers des garçons, ce qui reflète la répartition par sexe des enfants

placé à l'ASE selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) (Observatoire National de l'Enfance en Danger 2012, p. 17). Les trois quarts des situations concernaient des adolescents âgés de 13 ans ou plus, seules deux situations concernaient des enfants de moins de 10 ans. Dans plus de la moitié des études de dossiers observées lors des commissions, l'adolescent avait un patronyme maghrébin.¹⁹⁰ Quatre d'entre eux avaient un nom de famille d'Afrique sub-saharienne, deux un nom turc. Les familles françaises issues de l'immigration post-coloniale représentaient deux tiers des situations. Cette origine migratoire était répartie de manière semblable chez les filles et chez les garçons. Il faut préciser que la méthode de catégorisation utilisée pour cette analyse tout comme les données issues de ce terrain particulier ne permettent de rendre compte ni de l'apparence physique des adolescents, ni des situations de mixité migratoire (enfants issus de couple mixte), ni de leur proximité générationnelle avec la migration.

Enfin, dans les documents produits par le réseau, en particulier dans la grille de données sur la situation que renseignent les professionnels demandeurs, aucune information socio-économique ne figure : ni l'activité professionnelle des parents, ni leur catégorie socio-professionnelle n'y sont renseignées. C'est également le cas dans les rapports produits par le Conseil Général local ou encore, à l'échelle nationale, par l'ONED : seuls l'âge et le sexe sont publiés. Pour autant, parmi les 29 situations étudiées, la totalité des adolescents appartiennent aux classes populaire ou moyenne inférieure et plus de la moitié¹⁹¹ vivaient dans les quartiers d'habitats populaires fortement stigmatisés (des « cités » ou des « banlieues »).

Chez les professionnels, la répartition entre hommes et femmes est relativement équilibrée parmi les membres permanents¹⁹². Cependant, les femmes sont nettement plus nombreuses chez les professionnels demandeurs, qui sont dans les trois quarts des cas de sexe féminin. Parmi la soixantaine de professionnels demandeurs durant l'enquête, seule une petite fraction, composée quasi exclusivement d'hommes, avait un nom de famille

¹⁹⁰ Sur 51 adolescents, 29 ont un patronymes maghrébin, 38 ont 13 ans ou plus.

¹⁹¹ 8 sur 14 pour qui l'information concernant le domicile des parents est disponible.

¹⁹² 16 membres permanents se répartissent en 9 femmes et 7 hommes.

maghrébin¹⁹³. Sur les 16 membres permanents les plus réguliers durant l'enquête, trois ont un nom maghrébin (Mme Derbak-Thomas, MM Chourfi et Amzaoui). On note donc une asymétrie dans la répartition entre professionnels demandeurs (féminin) et membres permanents (en part égale hommes et femmes). Cet écart peut s'expliquer d'une part par la forte féminité des métiers de l'accompagnement social (et du care en général), et d'autre part par la faible représentation des femmes dans les instances hiérarchiques dont sont issus les membres permanents (direction d'établissement, responsable administratif, chef de service hospitalier), effet du « plafond de verre » qui conduit à ce que les hommes soient majoritaires dans les fonctions de direction au sein des administrations publiques (Revillard 2013). Enfin, parmi ceux venus pour présenter, les professionnels ayant un patronyme maghrébin sont minoritaires et sont presque exclusivement masculins.

Ainsi, le réseau est traversé par certaines asymétries de genre et traite une *population homogène* d'adolescents : en majorité des garçons, français nés dans des familles au moins pour partie issues de l'immigration, provenant plus souvent d'anciennes colonies, appartenant aux classes sociales défavorisées et vivant en habitat urbain stigmatisé. Le travail d'enquête mono-site montre cette homogénéité mais ne permet pas d'en explorer la constitution. On ne peut que faire l'hypothèse de *filtres*, voire d'un racisme institutionnel, en amont du réseau qui aboutissent à un processus de ségrégation. Ces filtres pourraient s'intégrer, en matière de différence des sexes, dans une reproduction des normes de genre à l'instar du filtre de disparition des filles de la filière pénale cité par Cardi. L'enquête d'Isabelle Coutant (Coutant 2010) sur un service d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents suggère que « l'origine », c'est à dire la classe sociale et l'ethnicité, ne joue pas comme filtre dans cette étape du traitement mais plutôt en aval. C'est alors que les familles peuvent faire valoir leur différence de capital symbolique (sur la rapidité à quitter l'hôpital et les possibilités d'être soigné hors des institutions publiques).

Cependant, l'enquête ne permet pas de conclusions *signifiantes*, en ce qu'elle n'explore pas ces éventuels points d'aiguillage qui se situent antérieurement à l'analyse du cas comme celui d'un adolescent difficile. Elle ne permet ni d'analyser comment cette population est constituée, ni de s'assurer que l'homogénéité de la population traitée est *significative* sur un

¹⁹³ Sur 74 professionnels demandeurs, on dénombre 53 femmes. 64 patronymes avaient été notés, on retrouve 8 patronymes maghrébins dont 6 hommes et 2 femmes. Tous les autres patronymes sont issus d'une langue européenne.

plan statistique, c'est-à-dire d'établir si la différence avec d'autres populations institutionnelles n'est pas le fait du hasard. La méthodologie et les matériaux empiriques utilisés ici ne permettent pas non plus de savoir si des déterminants (de socialisation, de psychopathologie) produisent des déviations différentes par essence chez ces adolescents. On ne peut donc pas conclure si les professionnels adoptent des traitements *différenciés* (dans le sens où ils s'adresseraient à des réalités différentes par essence) ou *différentiels* (dans le sens où ils participeraient à produire ces différences). L'enquête se limite à explorer les différents modes de construction et de traitement des cas d'adolescents difficiles dans le travail inter-institutionnel de réseau.

5.2. De rares analyses du statut migratoire.

La référence à la migration apparaît dans l'analyse des cas de deux jeunes filles « primo-arrivantes », c'est-à-dire entrées récemment sur le territoire français. Pour Emily, d'origine ivoirienne, les participants tombent tous d'accord sur la description de liens familiaux faite par son assistante sociale de l'ASE, Mme J, une femme au patronyme francophone :

Mme J : « Avec sa mère, on n'a pas vraiment de souci mais elles ont une histoire difficile. Pour la mère, l'Afrique, c'est réactivé par sa fille. Comment dire...elles ont une relation froide. C'est des choses qu'on voit parfois en Asie mais pas en Afrique. »

Le Dr Boissier approuve cette idée que les relations parents-enfants ne sont habituellement pas « froides » en « Afrique ». Et plus loin, les membres présents s'interrogent sur la véracité de la filiation :

Mme F : « Emily a besoin d'être reconnue. Sa mère est-elle vraiment sa mère ? On se demande... »

Ce doute sur la filiation apparaît aussi dans la discussion du cas d'Augustine, 14 ans. Originaire du Congo Brazzaville, elle est arrivée en France à l'âge de huit ans, où elle a rejoint ses parents qui avait quitté Brazzaville successivement, alors qu'elle avait entre quatre et sept ans. Ils l'avaient confiée à « sa grand-mère » sur place. Son assistante sociale rapporte :

« Augustine explique que ses parents lui auraient dit qu'elle était sa mère et que sa mère était sa sœur. »

Lors de la discussion, ce doute sur la filiation se renforce : les travailleurs sociaux de l'ASE ont appris que les registres de l'état civil de Brazzaville ont été détruits et n'ont aucun

document concernant la filiation. L'interne du service de psychiatrie où Augustine a séjourné fait remarquer qu'elle et sa mère ressemblent « plus à des sœurs ». Il explique que, cette dernière ayant une allure très juvénile, elles partagent les mêmes goûts vestimentaires. La discussion s'orientera finalement autour d'une proposition du Dr Boissier (une demande de fin de placement).

Dans la construction de ces deux cas, qui sont les seules situations de jeunes analysés comme migrants durant l'enquête, l'ethnicité intervient de deux façons. Elle est associée d'une part à une essentialisation stéréotypée des rapports familiaux (les parents africains sont chaleureux) et d'autre part à une suspicion sur leur authenticité. Cette émergence d'un doute sur la filiation est très spécifique : les autres situations familiales ciblées comme problématiques sont classiquement construites sur le danger que les parents, et en particulier les mères, représentent.

A l'exception de ces deux cas peu ordinaires de migrantes, l'origine migratoire ou l'ethnicité des adolescents ne sont jamais explicitement mobilisées dans le traitement des adolescents difficiles. C'est également le cas des caractéristiques socio-économiques : le dénuement des familles ou leurs origines des quartiers défavorisés ne font jamais l'objet d'une discussion. Cette absence contraste avec le caractère déterminant du sexe dans la constitution des catégories pratiques pour le traitement de la dangerosité adolescente.

5.3. La clinique et le retrait de la question sociale.

Mises en rapport avec l'omniprésence de la clinique, ces observations sur la population traitée par le réseau font écho aux analyses en termes de « monopole de l'interprétation psychologique » et d'« occultation » proposées par Michel Giraud (Giraud 2005) au sujet du travail social en protection de l'enfance. Sous une apparente neutralité, l'Etat social reproduirait des rapports de domination qui seraient cachés par le savoir clinique. Les paradoxes, telles la « déterritorialisation » (*Ibid.*, p. 463) d'un enfant à la fois retiré à sa famille et exclu des institutions éducatives, qui en résultent se verraient « externalisés » vers le secteur sanitaire. Ce processus plus ou moins complet de médicalisation passerait par l'identification d'un « besoin de thérapie » chez l'enfant placé (*Ibid.*, p. 479). Si l'asymétrie de capital symbolique entre les parents et les institutions semble en effet évidente (comme dans le cas de la jeune Augustine), l'analyse de Giraud bute sur deux points. D'une part, ce

n'est pas avec un argument médical ni même psychologique que les psychiatres créent le consensus¹⁹⁴. Du point de vue généalogique comme ethnographique, la catégorie des adolescents difficiles ne procède pas directement d'une « médicalisation » ou d'une psychiatrisation (tout est fait au contraire pour s'en départir), pas plus qu'elle n'opère une « externalisation » vis-à-vis du travail social. Comme dans le cas d'Augustine, c'est plutôt un jugement en regard d'une valeur (le parent avec qui on peut travailler) ou d'une norme (le parent responsable) qui, formulé par le psychiatre, rencontre un accord unanime des participants. D'autre part, le caractère socialement homogène des adolescents est *expérimenté* dans les stratégies de déstigmatisation utilisées par les acteurs, en particulier par les hommes. La position de Mr Amzaoui illustre bien ces stratégies. Particulièrement sensible à protéger les garçons (« gamins », collégiens) de « quartiers chauds » et à ne « pas les réduire à ça » lorsqu'on parle de leur violence, il se tient pourtant silencieux lorsque les psychiatres usent de leur expertise clinique (comme dans le cas de Virgile), se contentant de proposer d'intervenir lui-même dans la prise en charge. De même, pour sympathique qu'elle soit envers l'étranger, l'analogie entre les quartiers populaires stigmatisés et les voyages exotiques de Mr Giraud contient la mise en altérité des banlieues (qui sont inconnues et étrangères), leur lien avec la migration (les favelas, l'Afrique) et leur construction comme dangereuses (« l'insécurité », dont il conteste la réalité). S'ils se positionnent personnellement de manière diamétralement opposée, Karim Amzaoui et Charles Giraud situent tous deux les adolescents à l'intérieur d'un endroit étranger, insécure et stigmatisé. Ce travail de déstigmatisation s'effectue sur les garçons ayant un nom maghrébin mais les acteurs reconduisent des stéréotypes ethniques au sujet de jeunes filles d'Afrique Subsaharienne.

Si ni l'ethnicité ni la classe sociale ne sont utilisées dans la construction des cas, c'est qu'il s'agit là de données propres aux adolescents. Or le réseau est avant tout une instance destinée à traiter, grâce à l'expertise clinique, un trouble relationnel d'une nature ambiguë. C'est pourquoi le réseau s'adresse aux professionnels et à leur « souci ». Les problématiques se construisent de manière cohérente avec la catégorie qui suppose l'entrée dans le

¹⁹⁴ Le Dr Boissier ne s'appuie pas sur un savoir psychopathologique, ni même médical pour construire son analyse. Là où les « crises de possession » de la jeune fille auraient pu être discutées comme relevant d'un trouble mental ou neurologique, c'est en affirmant qu'on « ne peut pas travailler avec ces parents » que le Dr Boissier oriente la discussion.

dispositif : c'est dans un va-et-vient ambigu entre les difficultés de l'adolescent et celles des professionnels que se définissent, en pratique comme en théorie, les adolescents difficiles. Ceci explique non seulement l'absence des adolescents et de leurs familles, mais aussi et surtout le fait que personne, à aucun moment, ne semble remarquer cette absence : elle va de soi. Le magistère de la clinique participe d'une « biopolitique des émotions » au sens utilisé par Doron (Doron 2015b, p. 11) au sujet de la santé mentale. Le monde social est ici lu en termes analogiques avec la construction de la personnalité, c'est-à-dire en termes de développement. L'environnement social est analysé comme un « milieu » auquel l'individu doit s'adapter et avec lequel il entre en conflits affectifs du fait de sa vulnérabilité et particulièrement à l'occasion de phases liées à son développement psychique. Ainsi, les adolescents sont vulnérables à des crises de développement qui conduisent à leur violence ou leur déviance, mais les problèmes sociaux dans lesquels ils sont pris ne peuvent être pensés en termes de classes ou de discrimination politique. Dans le paradigme de la santé mentale, la clinique n'ignore pas le monde social mais elle ne le pense qu'en termes de relations intersubjective au sein d'un milieu humain.

Outre ce magistère de la clinique, on peut formuler l'hypothèse que cette absence du statut migratoire, de l'ethnicité ou du dénuement économique dans le traitement des adolescents est liée aux normes institutionnelles promouvant la neutralité et l'universalité de l'Etat républicain face à ces caractéristiques réputées porteuses d'inégalités. Longtemps, les républicains français ont sacralisé un modèle « indifférencié » ou « aveugle » de la citoyenneté, rendant invisible les différences ethniques ou culturelles (Guérard de Latour 2009, p. 52). Pour reprendre la distinction utilisée par Sophie Guérard de Latour (Guérard de Latour 2010), il existe deux types de programme politique face aux inégalités sociale : l'un libéral, l'autre républicain. Le programme *libéral* de lutte contre le racisme vise à pallier un inégal accès *individuel* aux ressources. Il est mis en œuvre à travers des mesures comme la discrimination positive. Pour les *républicains* au contraire, il s'agit de lutter contre l'intériorisation *collective* des stéréotypes négatifs par des politiques de déstigmatisation. En ce sens, les acteurs du réseau participeraient à un projet républicain de lutte contre la stigmatisation.

6. La sanction structure

Certaines discussions sur la contenance ouvrent à des désaccords entre professionnels, comme l'illustrent les deux exemples suivants. Dans la discussion qui suit, une orientation vers un CER est examinée pour la jeune Marguerite Ben Yahia suite aux vols de voiture dans lesquels elle a été impliquée¹⁹⁵.

Dr Boissier : « Et par rapport au vol de voiture, elle n'a rien eu ? Moi si je vole une voiture, je ne m'en tire pas comme ça...

Karim Amzaoui : « Dans ce genre de cas, avec de multiples passages à l'acte, c'est pas ça qui va aider.

Dr Boissier : « Non mais le problème c'est : qu'est ce qui lui a été dit ?

Marc Favier (*irrité*) : « Bon, il y a eu des choses quand même, elle a du faire quelques heures de garde-à-vue.

Ghislaine Poncet : « Le CER, ça a été évoqué avec le juge. Il doit se saisir non ?

Raphaëlle Maillet « Les CER, ça ne se fait plus au civil. Et puis... elle a 15 ans et demi, c'est jeune !

Dr Boissier : « Elle doit être confrontée à la règle, à une contenance. La contenance a été vue du côté de la psy...

R Maillet : « Mais bon, 15 ans et demi, c'est déjà monter haut pour ce qu'elle a fait, mais on est d'accord...

Dr Boissier : « Enfin, la voiture, elle aurait écrasé quelqu'un quand elle l'a crashée, non ?

R Maillet : « Mais si le CER échoue, après c'est l'EPM

Bénédicte Cristin (*sur le ton de l'ironie*) : « et le Centre éducatif de Villette...¹⁹⁶ »

Ici, le Dr Boissier insiste sur la nécessité d'une sanction pour que Marguerite soit « confrontée à une règle, à une contenance ». Il désigne la garde-à-vue mais également le recours aux urgences psychiatriques lors d'un retour de fugue (ce qui revient à « voir la contenance du côté de la psychiatrie »). Pour autant, les autres membres permanents s'opposent tous à cette proposition. Ils font appel à la catégorie pratique mobilisée (ce

¹⁹⁵ Observation du 27 mai 2011

¹⁹⁶ Mme Cristin en est la directrice.

« genre de cas ») : c'est la catégorisation comme fugueuse qui prime ici. L'âge est aussi un argument utilisé. Enfin, ils mentionnent le risque d'exclusion : la sanction pénale « n'est pas ce qui va aider », la jeune va « échouer » dans une institution pénale faute d'autre hébergement.

Un second exemple illustre ce désaccord sur l'utilité de la sanction : le Dr Dumont insiste de manière répétée sur l'importance pour le jeune Virgile de « payer sa peine » après sa condamnation pour viol. Cette position est contestée par les travailleurs sociaux : ils soulignent que Virgile « fait un travail sur lui » et « se tient » dans l'établissement d'accueil d'urgence où il séjourne depuis longtemps. Quelques mois après la réunion, le Dr Dumont confie qu'elle pensait alors œuvrer pour la « construction » de l'adolescent :

Dr Dumont : « Les discours du type : « ces pauvres enfants, il faut les épargner », c'est dangereux. Il faut rappeler à chaque enfant qu'il a une place sociale. Il faut faire appel à sa partie saine, celle qui peut aider à sa construction. Même les malades ont droit à une sanction. »

Et, en prenant l'exemple d'une expertise qu'elle a réalisée au sujet d'un adolescent ayant commis un meurtre, elle fait la comparaison avec les patients adultes :

« Je suis intervenue comme expert au moment où se posait la question de sa sortie. J'ai dit qu'il était hors de question de le remettre en liberté. Il était très déconstruit, et il était aussi responsable. En plus, il avait encore des hallucinations. Il fallait protéger les autres et lui-même tout autant. C'était un jeune, majeur très certainement. De mon point de vue, il n'y a pas de différence vraiment entre adultes et adolescents sur cette question. »

Les jugements éthiques sur les traitements sont le plus souvent implicites car ils sont produits de manière unanime. De telles situations de dissensus au sein du réseau ont donc une valeur heuristique particulière car elles permettent de formuler ces implicites. Dans ces deux exemples, les désaccords permettent de rendre la position des acteurs explicite, et donc de mettre en évidence les normes ou les valeurs qu'elles impliquent. Le discours des Dr Boissier et Dumont illustrent ici une valeur, le *bénéfice thérapeutique de la sanction* (qui aide « à se construire »), et une norme, la responsabilité de protéger la société. Ces deux éléments justifient le jugement positif de la contrainte. Au cours de ces séances, cette position se voit contestée et finalement marginalisée : elle est supplantée dans le premier

cas par la catégorisation de l'adolescente comme fugueuse et dans le second cas par la position de l'adolescent à l'intérieur des dispositifs.

Le déclin de l'autorité

Si, dans ces cas de discordes, ce sont les psychiatres qui portent cette position, le discours sur le déclin de l'autorité est partagé entre les divers acteurs du terrain. Au sujet des demandes de contention faites par les services sociaux à la psychiatrie, le Dr Boissier explique :

Dr Boissier : « la contenance est plus difficile, car il y a moins de contenance. Je trouve qu'ils sont... Enfin le conflit, les zones conflictuelles psychiques ne sont plus au même endroit. Avant elles étaient beaucoup internes, donc il y avait des problèmes névrotiques, maintenant les conflits sont beaucoup à l'extérieur, avec l'idée d'être très individuel, avec la liberté individuelle, le droit etc. Le droit des enfants est très fort, on est sans arrêt dans des choses très bizarres. Il y a eu la réforme de la loi de 90¹⁹⁷. La semaine dernière, j'ai le Défenseur des enfants qui est venue voir la chambre d'isolement. J'ai compris qu'elle a été alertée par des familles, par le fait qu'il y avait des adultes (en chambre d'isolement) et non pas par le fait qu'on ait une chambre d'isolement. Elle était très intéressée par ce qu'on a dit, elle avait une représentation très rude, elle a vu que c'était un soin. »

Le Dr Boissier met en rapport les désaccords tels que ceux survenant sur le cas de Marguerite où la « contenance est vue du côté de la psychiatrie » avec des évolutions sociales ainsi qu'avec une incertitude morale sur l'usage de la contrainte.

Ces préoccupations sur « l'évolution de la société » sont partagées parmi les membres du réseau, sans distinction de fonction (permanent ou demandeur) ni d'appartenance professionnelle. En voici une série d'exemples. Ghislaine Poncet parle des « phénomènes de société » et du « ramollissement » de l'autorité :

Ghislaine Poncet : « On voit bien comment une des difficultés actuelles c'est la question du lien, de la relation d'autorité. C'est ce que moi, j'appelle des évolutions

¹⁹⁷ Il fait référence à une réforme législative de 2010 sur les soins psychiatriques sans consentement.

de la société qui viennent rendre plus difficile la construction d'un jeune, la construction de son identité. Notamment la relation d'autorité, directement avec les adultes qui lui sont proches, ses pères et mères, et puis de manière générale, dans un quartier, à l'école. On constate que le lien social est plus distendu qu'il y a quelques années. Ça, ça peut créer de la souffrance, ou du moins de la désinscription dans des groupes, et des manques de repères. (...) On voit bien, on a par exemple des mamans qui viennent demander des aides éducatives pour des enfants de deux ans et demi, trois ans... Parce que ce qui est difficile pour elles, pour la famille quand elle est monoparentale et qu'il n'y a pas de papa... Eh bien ! Elles ont du mal à dire le non ! Ce non structurant pour l'enfant. Il y a un ramollissement de la fonction d'autorité, et c'est quand même l'autorité avec ce qu'elle a de noble et de constituant qui va aider l'enfant à avoir des repères et à se construire (...). »

Ghislaine Poncet poursuit son propos par une analyse des effets de « l'immédiateté » de la société sur les enfants. Elle se réfère ici explicitement à la psychanalyse, en citant Charles Melman, psychanalyste lacanien et auteur d'un ouvrage largement diffusé sur « la nouvelle économie psychique » (Melman 2009).

Ghislaine Poncet : « Mais ne mettons pas tout cela sur le dos de ces mères ou de ces pères. Il y a l'évolution de la société, on est plutôt dans une société où on nous fait croire qu'on peut tout avoir tout de suite, que tout désir peut être satisfait dans une immédiateté. On est quand même en plein là-dedans. Or on constate bien que ce qui constitue le désir c'est bien de pouvoir attendre un petit peu. Et que ça aussi ça va construire le futur homme. Or la société actuellement, elle nous met dans une illusion que dans une immédiateté je peux avoir ce que j'ai décidé d'avoir. Or la vraie vie ce n'est pas tout à fait comme ça. Quand un enfant, il mesure les écarts entre ce qu'il a vu à la télévision, ce qu'il y a dans l'air ambiant, ce que nous en dit la société au niveau économique, quand il va mesurer les écarts entre cette illusion et la réalité, forcément au niveau du comportement, ça crée des choses qui vont être compliquées. Je ne sais pas si vous avez lu un bouquin qui s'appelle « la nouvelle économie psychique », c'est de... ah, j'ai perdu le nom, je le connais bien...

Yannis Gansel : « Charles Melman ?

GP : « Oui, c'est Charles Melman. C'est intéressant, ce mot d'économie, ça renvoie à économie psychique du côté d'une intériorité, mais dedans il y a le mot économie. Ça renvoie bien aussi à un modèle économique qui...heu, a intérêt à ce qu'il y ait de l'immédiateté dans la réalisation des désirs. (...) Je crois que le ramollissement du lien social, une moindre fonction d'autorité parentale, ça a comme incidence des pertes de repères, qui a des incidences sur le lien parents enfants, et qui a des incidences sur la construction de l'enfant. »

Charles Giraud parle, quant à lui, de la « disparition des pères » :

Charles Giraud : « il y a une chose que je signalerais aussi c'est ce que j'appelle « la disparition des pères ». Avant vous aviez des pères ils venaient, ils étaient à moitié bourrés...mais ils venaient. Alors après je ne veux pas... je déplore un petit peu leur disparition, leur cause n'est pas forcément défendable... déjà dans la fonction de séparation, même sachant que l'on touche des familles précarisées, n'empêche que ces mécanismes opèrent même de façons différentes mais ils opèrent quand même. J'ai l'impression que cette fonction paternelle pour les jeunes que l'on reçoit s'est quand même beaucoup effondrée... »

Marc Favier, accompagné d'Oualid, un éducateur de son établissement, évoque aussi ces « glissements » et le rôle des pères dans la construction de l'enfant :

Oualid : « On entend aussi – parce que ça se fait sur plusieurs années je pense – il y a quelque chose qui glisse, je ne sais pas si c'est un glissement mais il y a une évolution... J'entends par exemple l'image du père, l'image de la loi... souvent des sociologues ramènent à mai 68... Et moi vraiment je le ressens, à un moment où l'image du père est moins forte. »

Marc Favier propose l'idée d'un « désengagement », d'une « restriction de la tolérance » à l'égard des adolescents.

Karim Amzaoui, lui aussi accompagné par un éducateur, Luc, abonde dans ce sens d'une perte de tolérance :

Karim Amzaoui : « On n'ose plus parler aux jeunes, alors que nous... (...). C'est un phénomène de société, la société a beaucoup évolué.

Luc : C'est la question de la solidarité qu'il y a derrière.

KA : La confiance avec les jeunes, la méfiance.

L : Une forme de déresponsabilisation, si on peut dire comme ça, finalement de l'éducatif, du rôle éducatif. Il y a les professionnels de l'éducatif, c'est une chose, et puis il y a tous les adultes d'une société qui ont un rôle éducatif. C'est ce que tu dis : un adulte en soi, ...euh en soi (*il insiste*) devrait avoir à charge comme tu le dis de pouvoir renvoyer des choses à un gamin. C'est l'adulte avant tout. »

Les vertus de la sanction et de la fermeté sont ici justifiées par la psychiatrie, soit par les acteurs tels que les Dr Dumont et Boissier, soit par la référence aux écrits psychanalytiques lacaniens (Charles Melman) reprise par des responsables hiérarchiques (comme Mme Poncet). Ces discours sur le déclin de l'autorité comme cause des difficultés des adolescents se retrouvent dans l'agenda politique et sont particulièrement portés par des psychiatres comme Maurice Berger. Mais ces préoccupations sur le déclin de l'autorité, le ramollissement des parents, la disparition des pères et les vertus de la fermeté sont partagées par les différents membres permanents, y compris les travailleurs sociaux masculins (Oualid, Charles Giraud). Pour autant, les acteurs appartenant à des catégories professionnelles moins dominantes et se situant « à l'intérieur » de quartiers populaires stigmatisés et ethnicisés, s'opposent à ces discours sur le déclin et soulignent la perte de la tolérance et de la solidarité envers la jeunesse. C'est le cas pour Marc Favier et Karim Amzaoui.

7. Les trois évidences du traitement

La « contenance » n'est pas seulement un concept théorique, c'est aussi et surtout une catégorie de jugement de la pratique clinique quotidienne. Elle fonde, comme une évidence, trois types de raisonnements cliniques.

7.1. Le « miracle » d'associer care et contrainte.

Tout d'abord, la contenance donne une justification au recours à la contrainte en la liant avec l'idée du care. Comme réponse à une cible professionnelle (crise, clash, passage à l'acte),

l'usage de la force est un moyen de restaurer les limites corporelles manquantes ou défaillantes et, dans l'immédiat de la « gestion de crise », elle sert à apaiser l'auteur de violence.

Dans une enquête ethnographique sur les pratiques de contention (« to restraint ») dans un centre éducatif (« residential treatment center ») aux Etats-Unis, Hejtmanek (Hejtmanek 2010) aborde un dispositif similaire, où l'usage de la contrainte s'associe au care. L'établissement qu'elle étudie héberge, sous une double tutelle sanitaire et sociale (« health and human services »), des adolescents placés à titre légal. Ils y séjournent à des fins thérapeutiques et du fait des perturbations de l'ordre social dont ils sont jugés responsables. Par opposition à une orientation carcérale, ces adolescents sont considérés comme malades et reçoivent un diagnostic psychiatrique. Ces institutions sont « totales » au sens goffmanien, se chargeant de soin, d'éducation et d'hébergement, selon des principes philosophiques promouvant un contrôle social teinté de philanthropie. Dans l'institution étudiée par Hejtmanek, la contention est définie comme une technique de « gestion des comportements » jugés « dangereux », c'est à dire visant à empêcher l'adolescent de se faire du mal ou de blesser autrui. Les observations de Katie Hejtmanek recoupent largement les usages de contenir dans le sens de la coercition.

Intégrées dans l'histoire des disciplines de l'adolescence, les solutions contenantantes élaborées au réseau constituent des dispositifs (au sens foucaldien) de traitement de la dangerosité adolescente, associant savoir et gouvernement des conduites. Contenir doit son succès à l'ambiguïté-même de ce terme. Il s'agit en quelque sorte d'un *objet frontière*, qui n'existe que parce qu'il n'est pas totalement délimité et défini. C'est par ces ambiguïtés que, pour reprendre l'expression de François Dubet, contenir réalise le « miracle » (Dubet 2002, p. 37) d'associer des interventions a priori divergentes voire incompatibles. Tout comme l'adage de l'Eglise, « l'obéissance libère », qui lie socialisation et individuation, « contenir » tient ensemble le registre du contrôle et celui du care. Ce double registre renvoie bien à la description faite par Dubet du « travail sur autrui » : d'une part, ce travail « socialise l'individu dans le monde tel qu'il est » et d'autre part il « prétend le constituer comme sujet (et) arrache l'individu à la seule intégration sociale » (*Ibid.*, p. 35). Pour Dubet, ce « miracle » appelle une forme de scepticisme et le traitement de ces paradoxes passe par des « fictions nécessaires, auxquelles les acteurs ne croient pas vraiment mais auxquelles ils ne peuvent pas renoncer » (*Ibid.*, p. 35). Pour Byron Good, un tel écart entre « croyances apparemment

irrationnelles » (Good 1999, p. 43) et des pratiques sociales vivantes (comme dans le cas de la magie) fondent l'anthropologie sociale .

7.2. Spatialisation du traitement.

Deuxièmement, la contention permet la spatialisation et la matérialisation du traitement. Cette inscription dans un espace intervient immédiatement sur le corps de l'adolescent lorsqu'il s'agit de l'exercice de la contrainte : on l'attache, le « secoue », le « cadre physiquement ». La spatialisation du traitement se fait également par le biais des professionnels : c'est « l'équipe », « la famille d'accueil » ou « l'institution » qui « sont contenant ». Cette spatialisation sur « l'institution » recouvre aussi bien la contenance par les liens que celle par les murs. Ainsi, le traitement devient un environnement : la contenance est la fonction de l'équipe professionnelle (par l'immobilisation physique) et/ou d'un lieu connoté de l'idée d'enfermement (les murs d'une institution comme la prison ou l'hôpital, une chambre d'isolement). En posant des limites afin de contrôler l'impulsivité, l'agressivité et les frustrations, ils apprennent à l'adolescent à restaurer ses propres limites corporelles et morales. Un continuum s'établit donc du corps de l'adolescent à l'institution en passant par l'équipe des professionnels : les derniers rétablissent les limites défailantes du premier.

C'est le travail de la parole dans l'équipe qui rend le dispositif contenant : « le clivage » ou « les projections », « ça se travaille » comme aime à le répéter le Dr Boissier. Ainsi, pour convertir un usage de la force physique en contention légitime, les acteurs accompagnent la décision d'une « verbalisation » pour en expliquer la nécessité et bien la distinguer d'une « punition » ou d'un « affrontement ». Comme au cours des « réunions de synthèse » pendant lesquelles une équipe échange (« élabore ») sur les enjeux cliniques de la « crise », les acteurs du réseau décrivent les circonstances du « passage à l'acte », invoquent l'histoire familiale de l'auteur de violence et analysent le « transfert » de cette histoire sur les membres de l'équipe. Observant un service d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents, Isabelle Coutant décrit les usages pratiques de ces conceptions issues de la psychiatrie institutionnelle :

« L'analyse de comportements des patients comme des signes adressés à l'institution dans laquelle ils « rejouent leurs symptômes » est en effet un fondement essentiel de la psychiatrie institutionnelle ». (Coutant 2012, p. 105)

Ce constat s'impose aussi sur le terrain, où un tel travail se déploie dans deux espaces : dans les situations étudiées où l'on cherche à développer la contenance des dispositifs, et dans l'activité du réseau lui-même qui se veut réflexive et fondée sur la parole. Ce travail est légitimé par les professionnels de seconde ligne et en particulier les psychiatres. Ils font un usage moral du terme « contenant » : être contenant, c'est faire un bon travail. A la différence des infirmiers à l'hôpital psychiatrique de Ridgehaven, qui, dans les années 1990, « possèdent un vaste corpus de connaissances pratiques, bien que non codifiées, sur la façon de contraindre la violence » (Barrett 1998, p. 70), les pratiques de gestion et de contrainte de la violence des adolescents difficiles dans les années 2000 se voient ainsi « codifiées ».

7.3. Le bénéfice thérapeutique de la sanction.

Enfin, la contenance peut justifier, dans un glissement théorique, le bénéfice thérapeutique de la sanction. Comme l'indique les désaccords sur la nécessité d'une « limite » contraignante, ce sont les psychiatres qui portent cette justification. Ils le font en s'appuyant sur un discours inspiré par la psychanalyse lacanienne et qui porte sur le « déclin » de la société, de la place des pères et de l'autorité. Dans ces théories psychanalytiques, les pères, devenus le Père, viennent incarner la Loi qui sépare l'enfant de la mère. Cette fonction paternelle de séparation ouvre à l'enfant l'accès au registre symbolique, permettant de désigner des réalités abstraites par le langage. Le « nom du père » organise par un interdit le monde interne du sujet en maturation. Il se trouve « forclos » dans les troubles psychotiques, où le registre symbolique du langage est défaillant. Ces théories sont particulièrement utiles pour les psychiatres experts, qui s'appuient par exemple sur les travaux emblématiques de Pierre Legendre (Legendre 1989). En effet, ils permettent une lecture clinique de la violence : la défaillance du Père engendre des situations psychopathologiques et les passages à l'acte de l'adolescent, qu'ils soient violents contre autrui ou contre lui-même (suicide, scarifications), sont alors conçus comme des tentatives

échouées de réaliser cette séparation structurante. La fermeté et la contrainte viennent ici rétablir ce travail de séparation et de symbolisation rendus impossibles par les défaillances parentales. C'est ce qui permet à Pierre Roman, psychologue universitaire et psychanalyste, de juger que l'incarcération réalise un équivalent collectif (« groupal ») de ce « travail de symbolisation (qui) permet de donner un sens à des pratiques marquées par la violence ». S'appuyant sur une recherche menée sur les « agirs sexuels violents à l'adolescence », il affirme :

« la dangerosité serait alors à la fois le témoin des ratés de la symbolisation dont rend compte l'expression violente du sujet, et le témoin d'un *raté groupal* d'une symbolisation de la violence » (Roman 2010, p. 143)

Cette évidence, fondée par les usages de la contenance, doit être réinscrite dans un double rapport au temps. Tout d'abord, dans une synchronie, elle se retrouve dans les préoccupations politiques sécuritaires contemporaines. Ainsi, le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la délinquance des mineurs, dirigé par Jean-Pierre Schosteck en 2002, soulignait le déclin des « institutions » dont la famille, et vantait le bienfondé de l'enfermement comme « un phase de contention » (Schosteck et Carle 2002, p. 9). Ces vertus structurantes de la sanction sont également justifiées par les divers psychiatres spécialisés sur les adolescents difficiles et la violence juvénile (Botbol, Jeammet, Berger). Ensuite, de manière diachronique, ces constats sur le déclin de l'autorité et la défaillance des pères dans une société de « l'immédiateté » s'inscrivent dans une temporalité bien plus longue qu'ils ne le disent. Par exemple, à la « Journée des cliniciens » de l'Education surveillée en 1991, le Dr Geneviève Giret, psychiatre, évoquait déjà « notre société, où les limites sont souvent floues » comme participant des difficultés de l'adolescent qui « ne peut se déprendre de sa mère et s'autonomiser sans un recours à l'agir » (Giret 1991, p. 61).

Ainsi, la sanction est bonne pour arrêter les transgressions et aider à l'internalisation de l'ordre symbolique (la Loi) et à l'auto-contrôle. Poser des limites à l'adolescent l'inscrirait ainsi dans cette « multitude de micro-techniques de pouvoir sur soi-même » nécessaire à l'ordre social et la gestion des interactions qu'étudie Batiste Brossard (Brossard 2014). Dans son enquête sur l'action de « se blesser soi-même », il montre que les blessures auto-infligées participent d'une « corporéisation du mal être » (*Ibid.*, p. 10) où le genre tient un rôle prédominant. L'adolescence est le moment où le genre doit « s'afficher ». Or les filles sont plus attendues à le faire dans leur apparence corporelle alors que les garçons le sont

dans l'appréciation par les autres. Aussi cet affichage peut prendre l'allure d'une contrainte corporelle, qui expliquerait le plus grand recours aux blessures auto-infligées chez les jeunes filles (*Ibid.*, p. 268). En se blessant, elles poussent à son paroxysme l'auto-contrôle qui est au cœur des injonctions à la santé (*Ibid.*, p. 298). Selon Brossard, ces comportements incarnent une « jeunesse auto-contrôlée » et figurent en contre-point des « débordements des déviants » (*Ibid.*, p. 344) qui inquiètent tant la société contemporaine. Selon cette analyse, ces deux processus, imposer des limites et cibler les blessures corporelles, se situent dans les prolongements du processus de civilisation décrit par Norbert Elias, avec ses deux déclinaisons : la monopolisation de la violence légitime et l'extension des interdépendances.

Résumé du chapitre et transition

Le « projet suffisamment contenant » élaboré pour Vincent constitue un fil rouge de l'activité du réseau et des interprétations données par les membres permanents. Dans un terme fortement polysémique, ambigu par essence, se lient des actions institutionnelles distinctes voire divergentes : celle de protéger et d'user de la force de contraindre. Ces actions, intégrées dans le grand paradigme clinique de la contenance, se déclinent différemment selon le jugement de genre utilisé par les acteurs, selon la localisation de l'adolescent dans les institutions et selon sa capacité à consentir. Pensé en termes de relations de l'individu avec son environnement affectif, ce mode de traitement clinique impose un retrait des caractéristiques de classe et d'ethnicité, par ailleurs relativement homogènes, des adolescents difficiles, mais il s'associe aussi avec des stratégies de lutte contre leur stigmatisation. La contenance donne une réalité spatiale à l'action publique, celle du corps de l'adolescent et s'intègre dans une forme de technologie de l'auto-contrôle. Ce processus de corporéisation du traitement illustre les modes d'individualisation de l'action publique que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 9 : L'ACTION PUBLIQUE ET SES DISCONTINUITÉS

1. Les lieux comme reflets des politiques publiques

Si le chapitre précédent s'intéressait à la façon dont les traitements et les jugements éthiques se construisent en regard d'*a priori* cliniques, celui qui vient s'attachera à décrire l'expérience du problème des adolescents difficiles faite par les professionnels du réseau, expérience où la définition du problème contient déjà ses solutions.

1.1. Les lieux contiennent l'histoire.

Les locaux dans lesquels les membres permanents travaillent et où ont lieu les entretiens ethnographiques recèlent des éléments d'histoire sociale significatifs. Mr Amzaoui et Mr Giraud travaillent dans des associations de fondation catholique dont la sécularisation et la professionnalisation s'est faite progressivement depuis les années 1970. Ce métissage est souligné par Karim Amzaoui, qui revendique une forme de filiation avec les « valeurs » et la personnalité du Père Planchon, fondateur de l'association « après-guerre ».

Karim Amzaoui : « C'était un jésuite, qui se baladait avec une valise, prêchait puis distribuait de l'argent.

Luc (l'éducateur qui l'accompagne) : Il disait qu'il fallait accueillir les jeunes où qu'ils soient, avec l'idée qu'ils posent leur valise avant de faire un projet ».

Les foyers dirigés par Mr Amzaoui, par Mme Cristin et par Mr Giraud se situent tous trois dans des quartiers de banlieue aisés, aux larges espaces verts et au bâti espacé. Localisé au

nord de l'agglomération¹⁹⁸, ces quartiers sont l'antithèse des banlieues sud concentrant les grands ensembles de logements sociaux et les quartiers fortement stigmatisés comme celui des Jonquilles. Ils y attirent la classe moyenne supérieure en propriété individuelle. L'écart avec ce voisinage est souligné par Mme Cristin.

La vétusté de ces trois établissements est évidente : les peintures sont décrépies, les couloirs sombres, les terrains de sport envahis d'herbes folles. La disproportion des bâtiments est également un élément surprenant pour le visiteur. Le centre éducatif de Villette, dirigé par Mme Cristin se situe sur un site aux proportions gigantesques. Douze hectares de terrain abritent divers bâtiments (gymnase, atelier, lieu d'hébergement, réfectoire, blanchisserie) qui sont désormais fermés et laissés à l'usure des intempéries. Les nouvelles maisons de la petite commune en voie d'urbanisation se rapprochent sans cesse du centre éducatif, qui était situé originellement à distance des riverains. Fondé au début des années 1970, le site accueillait initialement une centaine de jeunes au sein d'un des plus grands établissements de l'Education surveillée en France. Ils sont désormais 12, hébergés dans un petit bâtiment défraîchi aux confins du site. Témoignant des récentes « évolutions de (son) administration », Mme Cristin explique que le projet immobilier est incertain et que le site est susceptible d'être vendu (« rendu »), ce qui représenterait un gros apport financier dans cette commune prisée. Mêmes disproportions dans le foyer de Mr Giraud, dont une partie des bâtiments est vide. Celui-ci explique :

« Maintenant, on accueille 18 jeunes, c'est devenu trop grand, avant il y avait aussi des logements de fonction pour le directeur, les éducateurs... ».

Une refonte architecturale touche également l'hôpital psychiatrique où travaille le Dr Boissier, qui était jusqu'à présent organisé sur un modèle pavillonnaire. Le service d'hospitalisation pour adolescents du Dr Boissier a été entièrement rénové au début des années 2000. La luminosité des espaces communs, le confort des chambres individuelles, les meubles au design sophistiqué dans les bureaux des médecins contrastent avec la vétusté

¹⁹⁸ Cette polarité géographique n'est pas sans rappeler celle d'Oakland, en Californie, qu'analyse Jennifer Tilton (Tilton 2010) dans son ouvrage sur la construction alternative de la jeunesse comme dangereuse ou en danger dans les politiques publiques. Dans une quasi-métaphore, la répartition des lieux vient signifier les discriminations sociales entre le « haut » et le « bas ».

des foyers éducatifs mais également avec certains bâtiments de cet hôpital, nombre de services pour adultes partageant cette décrépitude. Au moment de l'enquête, l'hôpital est lancé dans un vaste projet de refonte architecturale : destruction de la plupart de ces anciens pavillons, construction d'un imposant bâtiment unique en étages, cession d'une large portion du parc arboré à la promotion immobilière privée.

Enfin, l'établissement éducatif où travaille Marc Favier a un statut bien particulier. Dénommé couramment par l'acronyme FDF, le Foyer Départemental de la Famille est un établissement public, sous la gestion du Conseil Général. Sa première fonction est d'assurer l'hébergement d'urgence des mineurs placés par l'ASE. C'est en particulier le cas pour les nouveaux-nés, pour qui le FDF représente systématiquement le lieu de placement initial à la sortie de la maternité. L'établissement dispose de 50 places pour les nourrissons et d'une centaine de places pour les enfants et les adolescents. Dans les faits, outre cette spécificité de l'accueil des tous jeunes enfants, le FDF héberge plus particulièrement les enfants ou adolescents placés à l'ASE et dont les dossiers sont refusés par les structures associatives privées.

1.2. Continuité et discontinuité de l'asile.

Outre cette parenté de fonction asilaire (de dernier refuge plus ou moins coercitif des exclus), le FDF partagent une partie de son histoire, de son organisation spatiale et de sa tutelle administrative avec l'hôpital psychiatrique. Situé sur la même commune du sud de l'agglomération, le FDF est également constitué d'un grand parc arboré et d'une série de pavillons plus ou moins défraîchis datant pour la plupart du début des années 1960, période où l'établissement a été fondé¹⁹⁹. Il était alors situé sur le même grand terrain appartenant au département que celui où se trouvait l'hôpital psychiatrique. Jusqu'à la fin des années 1950, les deux établissements ne faisaient qu'un, tant sur le plan géographique qu'administratif. L'asile départemental, qui était encore régi pour l'essentiel par la loi de 1838, accueillait les malades mentaux ainsi que les « pupilles » élevées par l'Assistance Publique. Les « services d'enfants » y regroupaient de manière indifférenciée des catégories aujourd'hui distinctes : autistes, orphelins, enfants maltraités, enfants mentalement déficitaires du fait de maladies métaboliques ou neurologiques... Ces espaces asilaires

¹⁹⁹ Notes de terrain et document public de projet d'établissement publié en ligne en 2010.

faisaient à cette période figures de restes de l'hôpital général datant de l'Ancien Régime²⁰⁰. L'hôpital psychiatrique et le FDF sont désormais séparés par un grand parc public, l'urbanisation ayant depuis entouré puis scindé partiellement cet espace. Outre cette continuité spatiale désormais moins visible entre les deux établissements, l'affiliation partielle du FDF à la fonction publique hospitalière (qui y détache environ 10% de l'ensemble du personnel) est un autre vestige de cette histoire commune de l'asile.

Cette parenté entre FDF et hôpital psychiatrique est reprise au cours d'une commission. L'assistante sociale de l'ASE venue présenter le cas de la jeune Emily, 14 ans, mentionne son « passage en pavillon de psychiatrie ». Elle désigne ainsi l'hospitalisation de la jeune fille dans l'unité du Dr Boissier. Celui-ci réagit vivement, affichant une certaine colère : « il n'y a pas de pavillon de psychiatrie, c'est un service d'hospitalisation ». ²⁰¹

Cet échange illustre bien la tentative permanente du Dr Boissier de se démarquer d'une fonction asilaire. En outre, le Dr Boissier et Mr Favier partagent la crainte de voir « le jeune atterrir chez (eux) » ²⁰² et, comme nous l'avons vu, ils sont tous les deux concernés par le problème du devoir de retrait. Cet aspect asilaire et la contrainte qui pèse sur le FDF sont abordés avec humour par une assistante sociale présentant le dossier d'une jeune Sarah, récemment exclue de sa famille d'accueil. Elle s'adresse avec ironie à Mr Favier alors que la discussion semble tourner court sur la recherche d'un lieu d'hébergement :

« Le FDF va proposer quelque chose, non ? » ²⁰³

Mr Favier reprend cette situation en entretien, trois mois plus tard :

« Parfois on est complètement à côté de la plaque. On dit : on fait un soutien pour l'établissement et le jeune arrive au FDF trois jours plus tard. Comme pour la jeune de la dernière fois. » ²⁰⁴

²⁰⁰ Historiquement, enfants sous tutelle publique et malades mentaux avait été hébergés ensemble au cours du 19^e siècle dans l'ancien hôpital général de la commune. Ce sont les malades mentaux qui l'ont quitté en premier lors de la création de l'asile départemental dans les années 1870. Les enfants ont été transféré sur l'hôpital psychiatrique en 1948. Cette organisation reflète le « grand renfermement » indifférencié dans les hôpitaux généraux comme celui de Bicêtre à Paris (Delamare, Delamare-Riche et Delamare 1996).

²⁰¹ Observation du 15 décembre 2011

²⁰² Observation du 27 mai 2011

²⁰³ Observation du 18 novembre 2010

Il évoque également le cas d'un adolescent ayant séjourné plusieurs années au FDF :

Marc Favier : « Et on dit aux éducateurs « C'est pour 3 mois, 4 mois, 5 mois, 10 mois, 11 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans »... Jusqu'où ça va ? En termes de repères... Et pour le coup après, ça ne repose plus que sur eux finalement. Ils ont un peu le sentiment d'être laissés. J'en vois 6 au moins ces 5 dernières années, qui ont tous fini...

Yannis Gansel : Qui sont restés très longtemps ?

MF : Oh oui ! Et qui ont tous fini à l'HP²⁰⁵. Et le dernier en date, on l'a gardé jusqu'à 20 ans et il a fini à l'hôpital psychiatrique, en chambre d'isolement pendant plus de 8 mois... A sortir une heure par jour, voilà. Alors que nous on l'avait ici... Il est resté cinq ans et nous on l'avait ici au jour le jour, avec les mêmes comportements. Il n'y a pas eu non plus... à le gérer dans un groupe de sept. Et à l'hôpital, ça a été impossible, il a fallu l'isoler. Et ce gamin-là, quand il parlait des éducateurs, il parlait de « ses adultes ». Alors on a été très en lien avec l'hôpital, avec la psychiatrie... à tel point que même s'il ne dépendait plus de chez nous, il a tellement été ici, ça a tellement été sa vie – parce qu'il a été placé depuis tout petit, et depuis tout petit il a fait régulièrement des passages au FDF dont celui de plus de 5 ans – qu'on a continué, assez régulièrement, à aller le voir à l'hôpital, voilà, pour ne pas le larguer comme ça. »

Comme l'indique Mr Favier, le FDF partage avec l'hôpital psychiatrique le fait de ne pas pouvoir renvoyer les adolescents du fait de leurs problèmes de comportement. Isabelle Coutant observe dans son étude sur une unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents que c'est là un point commun entre psychiatrie et milieu pénitentiaire :

« C'est justement la spécificité de l'institution psychiatrique (avec la prison) de ne pas renvoyer son public pour une raison disciplinaire » (Coutant 2012, p. 103)

Ces différents éléments de l'espace architectural et urbain sont des indices des reconfigurations dans le traitement public de la jeunesse déviante. Trois d'entre elles peuvent être identifiées. D'une part, l'écart entre la vétusté de l'hôpital psychiatrique et la modernité du service pour adolescents souligne l'importance qui leur est accordée. Elle fait

²⁰⁴ Observation du 17 février 2011

²⁰⁵ Pour « Hôpital Psychiatrique »

écho à la solennité des commissions pour adolescents difficiles, sacralisant son contenu. L'adolescent est un bien précieux pour la société : « la France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains » annonçait l'Ordonnance du 2 février 1945. Cette sacralisation de la jeunesse oscille historiquement avec sa perception comme un danger pour l'ordre social. D'autre part, cette reconfiguration spatiale indique les nouvelles formes de territorialisation de l'action publique. Depuis les années 1970, les établissements éducatifs comme les hôpitaux psychiatriques sont traversés par le mouvement de désinstitutionnalisation, aboutissant à leur ouverture sur l'extérieur mais également à la réduction de leur capacité d'accueil. Bertrand Ravon et Christian Laval ont souligné l'importance de ce mouvement de « déterritorialisation » dans la genèse du problème public des adolescents difficiles (Ravon et Laval 2014; Ravon et Laval 2015). Deux logiques y sont à l'œuvre : la première à la périphérie du secteur psychiatrique, la seconde en son cœur. A partir d'un recensement des dispositifs pour adolescents difficiles dans l'agglomération lyonnaise, ils montrent qu'au début des années 1980 émerge un discours sur le mal-être des adolescents porté par les cliniciens du secteur psychiatrique. Cette émergence s'appuie sur « l'été chaud » des banlieues en 1981 et en particulier les événements du quartier de Minguettes, superposables à ceux des Jonquilles dans l'enquête. Ces acteurs issus de la clinique et du secteur psychiatrique agissent alors pour la création de lieux d'écoute organisés par des réseaux d'interlocuteurs professionnels, destinés aux adolescents des banlieues où ces dispositifs sont localisés. Dans le même temps, le secteur psychiatrique est animé par une double préoccupation : lutter contre le risque « d'institutionnalisation » et de chronicité pour les patients, éviter la « psychiatisation » des troubles sociaux comme la délinquance. Enfin, ces évolutions topographiques s'intègrent dans le programme de rationalisation et de rationnement de l'action publique particulièrement décrit au sujet de la justice des mineurs.

Des-institutionnalisation, reconfiguration autour de la souffrance, rationnement sont autant de facettes des évolutions transversales touchant les secteurs traditionnels, judiciaire, sanitaire, éducatif et pédagogique, de l'action publique sur la jeunesse. C'est sur cet arrière-plan que les acteurs du réseau réalisent une problématisation des adolescents difficiles autour de leur localisation impossible.

2. "Où est-il ?" : la problématisation autour de l'hébergement.

La question de l'hébergement est centrale dans l'activité du réseau. En premier lieu, elle motive la saisine des commissions. Préalablement à la séance, les professionnels à l'origine de la demande doivent caractériser la situation en remplissant une grille à choix multiples. Ils doivent alors choisir parmi différents items pour formuler leurs attentes vis-à-vis du réseau : plus de la moitié souhaitent « trouver une solution globale à moyen ou long terme », dans les autres cas c'est « une solution d'hébergement » qui fait défaut²⁰⁶. Les copilotes du réseau font un effort manifeste pour se départir de cette demande de « solution immédiate » ou d'une « orientation », qui signifie en pratique trouver un lieu d'hébergement. Pour ce faire, la grille à choix multiples sera modifiée durant l'enquête, rendant moins apparente ce type de demande. C'est ce qu'explique Mme Poncet au cours d'une séance consacrée à l'évaluation du réseau. L'item « solution d'hébergement » sera remplacé par « demande de prise en charge ».

Mme Poncet : Nous avons ajouté un point sur les attentes des professionnels demandeurs. Le rôle de la commission n'est pas de trouver une solution d'hébergement. Mais on a mis « demande de prise en charge » dans ce point, car il y a tout de même ce genre de demande.

Pour autant, lors de l'évaluation de l'activité du réseau, plus de la moitié²⁰⁷ des situations présentées était jugées (dans les comptes-rendus rédigés par Mme Derbak-Thomas) comme ayant soit un hébergement « provisoire », soit « aucune solution ASE ». Malgré son importance, cette seule répartition quantitative des saisines ne rend pas suffisamment compte de l'importance qualitative de l'hébergement dans l'activité du réseau : les cas sont problématisés de manière constante autour de cette question. Trois types de problématisation peuvent être repérés.

²⁰⁶ Document du réseau : bilan des années 2008 à 2011. Respectivement 18 et 12 sur 51 situations

²⁰⁷ 7 sur 18 situations analysées

2.1. L'urgence sans fin.

Dans nombre de cas, l'adolescent se trouve de manière prolongée dans un hébergement d'urgence, souvent bien au-delà du délai de séjour habituel prévu par l'établissement (plusieurs mois au lieu de quelques semaines). Dans ce type de situations, l'adolescent est présenté comme « investissant » le placement, il « crée le lien », « accepte l'autorité », est « de bon contact » « agréable » voire « gratifiant », se « fait adopter ». Il « ne pose pas de problème », a un comportement « positif », « se tient à distance des excitations » représentées par les autres jeunes. Les structures conventionnelles sollicitées par l'ASE ont toutes refusé de le recevoir, soit du fait de son « dossier », de son type « de problématique » (expression renvoyant aux comportements de fugue ou de violence) ou encore pour des problèmes de « collectif » (ce qui désigne l'intégration au groupe d'adolescents déjà présents). De ce fait, l'adolescent se trouve en quelque sorte bloqué dans le système. C'est donc la durée de son séjour qui est posée comme problématique. Sa situation au sein des dispositifs contredit alors leur organisation habituelle, reposant sur une forme de spécialisation distinguant les foyers d'urgences des foyers conventionnels.

2.2. Le placement non-effectif.

Dans d'autre cas, l'adolescent a une place dans un établissement, mais il est très régulièrement en fugue. L'adolescent est soit « à la rue », soit dans sa famille, le plus souvent « chez sa mère ». Cette situation intermédiaire (le mineur est placé mais son placement n'est pas exécuté) convoque des risques différents selon le sexe de l'adolescent. Les filles sont exposées au danger de la prostitution : elles risquent de tomber dans un « réseau », ou d'être poussées à se prostituer par un « petit ami très envahissant ». Les garçons pourraient quant à eux être dangereux pour les autres. Ils risquent de se montrer « violent(s) », « agressif(s) », avec le « risque d'un clash » et il « faut protéger (leur) mère ». Leur dangerosité comme agresseurs sexuels est également un point de préoccupation : on évoque le « viol entre guillemets » pour lequel un suivi pénal est en cours. Dans cette situation où le placement n'est pas effectif, le Conseil Général « n'est pas dans les clous ».

Mme Poncet commente ainsi le cas du jeune Olivier, qui vit chez sa mère alors qu'il est placé par le juge de enfants²⁰⁸ :

Mme Poncet : « En termes de responsabilités, c'était une situation à risque. On pouvait redouter l'éventuel passage à l'acte de ce jeune, alors qu'on a une ordonnance de placement. Et une responsabilité du Conseil Général en cas de placement non mis en œuvre, c'est assez cher. »

Le cas de la jeune Hind se rapproche de ce type de problématisation²⁰⁹ : elle a un hébergement mais celui-ci n'est pas réglementaire. En effet, après une série de « ruptures » sur des lieux de vie éducatif, cette jeune fille vit depuis plusieurs semaines dans une famille qui a un agrément « Jeunesse et Sport », encore appelé « Cohésion sociale ». Cet agrément permet l'accueil de mineurs uniquement dans le cadre d'un séjour de vacances mais il n'autorise pas un hébergement au titre de la protection de l'enfance. Le placement de Hind ne peut donc être considéré comme effectif du point de vue réglementaire. Mme Poncet analyse la situation ainsi :

« Il n'y a pas de couverture en dehors de vacances scolaires s'il n'y a que l'agrément « Cohésion Sociale ».

Ici, la « couverture » s'entend dans le sens de responsabilité des professionnels, qui ne sont pas « couverts » par le droit administratif, mais également dans le sens de la gestion du jeune : hors des périodes de vacances, il y a trou dans la couverture, c'est-à-dire une discontinuité dans la réglementation de son hébergement.

2.3. Une échéance à venir.

Le dernier type de problématisation est plus rare : l'adolescent est inscrit dans la stabilité d'un hébergement pérenne, mais une échéance pose le problème d'un retour dans le cadre familial. C'est le cas des jeunes Tarik et Vincent, approchant tous deux de la majorité. Si

²⁰⁸ Observation du 20 janvier 2011

²⁰⁹ Observation du 16 septembre 2010

l'interruption du placement est ici normale et légale, les risques évoqués sont les mêmes : la violence (pour Tarik qui risque de « péter les plombs » et de devenir « un délinquant » ou « un vaurien »), la récurrence d'une agression sexuelle (dans le cas de Vincent à qui il ne faut pas « coller une identité de violeur »). Ces risques sont évoqués de manière implicite et euphémisée et ils se voient mis en dialectique avec la vulnérabilité de l'adolescent, en danger dans sa famille (Vincent pourrait retomber « dans la toile d'araignée » et « être phagocyté », Tarik est « rejeté » par ses parents).

Autre indice de l'importance de l'hébergement : les membres permanents ont tous une activité essentiellement résidentielle. Les structures associatives agréées par l'ASE assurent par définition une telle fonction, ce qui n'est pas le cas des psychiatres. Les psychiatres présents ont, fait remarquable, un exercice exclusivement hospitalier alors même que l'hospitalisation ne représente qu'une fraction minoritaire de l'activité en soins psychiatriques, essentiellement assurée en consultations ambulatoires sur le « secteur » (CMP, CATTP ou Centre de jour). Ils adoptent des stratégies qui témoignent de cet écart : ils n'ont de cesse de pointer que la demande de « soins » ne doit pas être une demande d'hébergement par l'hôpital et rappellent régulièrement l'importance du « suivi en consultation ». Pour la PJJ, Mme Cristin dirige un établissement de placement et se montre bien plus investie dans l'activité du réseau que Mme Echartier, en charge d'une équipe en milieu ouvert.

3. Traiter une population interstitielle.

3.1. La délégation : indice du sale boulot.

L'invitation à participer au réseau m'a été transmise par mon chef de service, professeur de pédopsychiatrie à l'université. Elle lui avait été adressée en août 2008 par Ghislaine Poncet qui organisait alors la reprise des séances après les deux années d'interruption (2006-2008). S'étant lui-même rendu à quelques séances fin 2008, mon chef de service m'a demandé de répondre à cette invitation début 2009. Il justifie cette délégation, rendue par ailleurs nécessaire par la multitude de ses activités, en mentionnant mon intérêt pour les sciences sociales et la nécessité de « représenter » son service. Le document programmatique qui lui avait été adressé par Ghislaine Poncet reprend la définition des adolescents « en grandes

difficultés » et présente le projet de se démarquer de « l'urgence » et du problème de « l'orientation » au profit d'une « prise en charge globale de l'enfant ». Un autre médecin du service, un peu plus âgé et qui s'était rendu à quelques séances entre 2002 et 2004 juge quant à lui peu utiles ces réunions : « tu verras, il ne s'y dit pas grand-chose » m'a t-il prévenu. Je me suis initialement rendu à ces réunions accompagné par l'assistante sociale intervenant dans le service hospitalier où je travaille. Malgré ces éléments suggérant une forme de dépréciation dans l'interconnaissance professionnelle psychiatrique, les commissions font l'objet d'un fort investissement de la part des deux autres psychiatres invités. Ceux-ci occupent une fonction hiérarchique significative dans leurs hôpitaux (non-universitaire et sectorisés) et sont d'une grande assiduité aux réunions. Cet écart d'investissement tient sans doute à l'affiliation hospitalo-universitaire du service où je travaille, dont la divergence d'engagement sur des terrains ayant trait à l'inégalité sociale marque une distinction souvent franche avec les services psychiatriques de secteur (Coutant 2012, p. 29). Surtout, un tel acte de délégation est un indice du sale boulot, situé en bas de la hiérarchie des tâches et donc construit par délégation. Par exemple, dans le cas classique étudié par Hugues (Hughes 1997, p. 65), les infirmières délèguent aux aides-soignantes le traitement des produits corporels jugés impurs (selles, urines) et garde ceux des produits purs (sang). Le sale boulot est aussi le « boulot sale » (Molinier 2011), traitant des objets connotés d'impureté comme les déchets et les déjections humaines. S'y associent la stigmatisation mais également l'invisibilité du travail, qui conduisent à un défaut de reconnaissance et de considération.

3.2. Atmosphère affective des réunions.

Cette question de l'hébergement est traitée dans une ambiance affective marquée par le malaise et la « pression ». Comme le montre la discussion sur Sofian, deux éléments émotionnels apparaissent fréquemment au cours des réunions : l'incertitude et la tension. On y discute longuement, souvent difficilement, avec insatisfaction et circonvolution. On s'y dispute ou, utile manière d'apaiser la tension tout en la formulant, on y fait de l'humour. Mme Ivernois estime que les autres magistrats ont une vision péjorative du travail des juges pour enfants :

« On est regardé un peu curieusement par nos pairs qui nous soupçonnent de bien aimer avoir les mains dans la graisse. Qui nous disent que ce n'est pas vraiment un travail de juge. La majorité d'entre eux détesteraient venir nous remplacer dans nos cabinets quand on n'est pas là. »

Mme Cristin décrit l'établissement qu'elle dirige comme « une poubelle » :

« Le (Centre de Villette) était un peu une poubelle, pour tous les gamins qui pouvaient pas aller ailleurs, les mineurs étrangers isolés, les délinquants multirécidivistes, ceux qui fuyaient, etc. »

Mme Poncet souligne son aversion envers les autres expressions utilisées couramment par les acteurs de première ligne pour désigner les adolescents en difficulté :

« Il y a tellement de termes qui ne me conviennent pas. On peut dire aussi en grandes difficultés. « Incasable »... le pire c'est « patate chaude ». C'est terrible. Alors, c'est plus pour qualifier peut-être la difficulté des professionnels et une attitude des professionnels à l'égard de ces mineurs. Mais je trouve la formulation assez terrible. »

Ces différents discours suggèrent tous une activité dépréciée et éventuellement salissante : la poubelle, la graisse, la patate chaude. La dépréciation du travail des juges pour enfants par les autres magistrats est connue. Elle a été décrite, par exemple, par Léonore Le Caisne (Le Caisne 2008, p. 114) et concerne en particulier les magistrats du Parquet amenés à interagir avec la justice des mineurs. Celle-ci se voit assimilée à une justice « mineure » dans un glissement identifiant le magistrat et son justiciable. Les remarques de Mme Poncet et de Mme Cristin soulignent la nature impure de leur objet : les adolescents difficiles sont tels des déchets. Leur traitement relève donc potentiellement du « sale boulot » tel que l'étudie la sociologie des professions depuis Everett Hughes. Il faut noter que, si Mme Cristin affirme cette impureté, Mme Poncet la relativise : elle ne serait que le fait des professionnels.

3.3. Incertitude cognitive et morale.

Ces différents éléments montrent que le problème de l'hébergement, point commun de toutes les situations examinées, constitue la pierre d'angle de leur problématisation et le principal moteur de l'activité du réseau. Les acteurs n'ont ici cessé de se demander : « où l'adolescent est-il ? ». Cette question signe le double échec de l'individualisation du traitement : échec à l'assigner dans une catégorie juridique et institutionnelle de traitement, échec à réaliser effectivement la personnalisation du traitement. De ce point de vue, les acteurs du réseau se trouvent dans une situation similaire à celle décrite par Ann Laura Stoler au sujet des fonctionnaires coloniaux des Indes Hollandaises au 19^e siècle. Ceux-ci ne savaient comment traiter les « inlandsche kinderen » (Stoler 2008, p. 3), ces enfants, blancs pauvres ou métisses, qui ne rentraient que difficilement dans la distinction légale et pratique entre colons et indigènes. Les inlandsche kinderen comme les adolescents difficiles induisent une « anxiété épistémique » qui vient mettre en lumière des espaces de pratique non pris en charge par des règles ou des principes normatifs. L'enquête montre que ces situations sont problématiques en ce qu'elles engendrent une difficulté d'assignation et une incertitude qui ont deux dimensions, renvoyant à la double perturbation décrite par Robert Emerson (Emerson et Messinger 1977) avec la notion de « micro-politique du trouble » : anomalie cognitive (ne pas savoir) et anomalie éthique (ne pas savoir ce qui est bon).

La première dimension de cette incertitude, pragmatique et immédiate, correspond à la perte d'intelligibilité des trajectoires individuelles. Elle concerne l'inscription concrète de l'adolescent dans une organisation, quelle qu'en soit la nature : un foyer éducatif, un lieu de privation de liberté pénale, un service d'hospitalisation psychiatrique, un établissement pédagogique spécialisé (tel un ITEP) assurant un internat, etc. De ce point de vue, ces différentes organisations, assurant des missions distinctes, relevant de statuts réglementaires et légaux variés, engageant des professionnels de diverses formations sont ici considérées de manière indifférenciée. Leur spécialisation se voit donc neutralisée. Cette déspecialisation est rendue possible par deux conditions : d'une part ces organisations assurent, au moins à temps partiel, une fonction d'hébergement, et d'autre part, elles sont identifiées à des lieux précis. L'adolescent peut « y être ». C'est cette logique que cherchent à contrer les rappels incessants des psychiatres, demandant à ne pas confondre « soin » et « hospitalisation » au profit du suivi ambulatoire sur le « secteur ». Ils œuvrent ici à

maintenir la spécialisation des organisations (psychiatriques et éducatives) et à différencier organisation et lieu. Les membres permanents, par leur pluralité d'appartenance professionnelle et institutionnelle, résistent à cette logique de déspecialisation. Ils y opposent une logique de coordination, que les préconisations du réseau formalisent.

La seconde dimension de cette incertitude est éthique. Elle est constituée par la perte du sens de la justice assurée par une « super règle » (Weller 1990, p. 84). A partir d'une enquête dans une caisse de retraite, Jean-Marc Weller, sociologue de « l'Etat au guichet », souligne que l'attribution d'un cas à une catégorie assure la maîtrise de « l'incertitude critique ». Ainsi,

« Un cas désigné comme "difficile" ou "épineux" par les agents est souvent un cas inclassable ou que l'on se représente comme tel ».(*Ibid.*, p. 85)

Du fait de cette dimension morale, les professionnels du réseau font ici l'expérience d'une « épreuve d'éthicité » ou encore «épreuve politico-éthique » telle que l'ont définie Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (Ravon et Vidal-Naquet 2014). Ce type particulier d'épreuve « de professionnalité » conduit à des situations « indécidables » (*Ibid.*, p. 270), où les professionnels se voient renvoyés à des choix individuels. Il existe d'autres types d'épreuves de professionnalité : des épreuves émotionnelles renvoyant à la confrontation entre l'inadéquation des moyens et les besoins des usagers, et des épreuves organisationnelles liées à la perte de soutien des individus par les organisations. Ces épreuves de professionnalité conduisent à « une dynamique de l'usure » liée à la perception répétée de l'échec, mais également à des réactions par la constitution de collectifs informels (sur ou à la périphérie du travail) ou plus formalisés (via les syndicats, par exemple). Parmi ces « soutiens institués », les supervisions apportent une triple réponse « clinique » à cette épreuve de professionnalité :

« La clinique du sujet pour répondre aux épreuves émotionnelles, la clinique institutionnelle pour aborder la question des épreuves organisationnelles et, enfin, la clinique du sens de l'activité pour affronter les épreuves politico-éthiques ». (*Ibid.*, p. 271)

C'est ce modèle de la supervision qui est mobilisé par les responsables du réseau (Mme Poncet, le Dr Boissier) et qui explique leur attachement à la dimension réflexive des réunions. A propos du travail social, Ravon et Vidal-Naquet soulignent que ces « épreuves politico-éthiques » sont difficilement solubles, même dans la « clinique du sens de l'activité » du fait des ressources de plus en plus limitées dont disposent les travailleurs sociaux pour répondre aux besoins des usagers et du fait de l'incertitude éthique croissante sur ce qu'est le bien. De ce fait, ces professionnels tendent de plus en plus vers une démarche prudentielle reposant

« non plus sur le bien pour construire de nouvelles normes mais, plus modestement et de façon dialogique, sur l'acceptable ». (Vrancken 2012, p. 272)

Pour Ravon et Vidal-Naquet, les épreuves d'éthicité résultent de contradictions nouvelles, moins « historiques » que les épreuves émotionnelles, produites par les politiques publiques²¹⁰. La fin des années 1990 marque le déclin des politiques assistancielles et l'entrée dans les politiques « capacitaire(s) et de gestion des risques » (Ravon et Laval 2014, p. 226). Comme le montre Didier Fassin (Didier Fassin 2004, p. 25-26), ces axes politiques se recoupent tout deux autour de la problématisation de « l'exclusion » et un changement majeur se produit : pauvres et déviants ne sont plus les responsables (comme jusque dans les années 1970) de leur état, mais en sont les victimes. Fassin a souligné combien ces nouvelles politiques, associant l'absorption de problèmes hétérogènes, fruits de mutations sociales significatives durant les années 1980, et promouvant la compassion dans leur gestion, ont en soi produit des interventions précaires.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'apparition de l'adolescence difficile sur l'agenda politique et qu'émerge l'incertitude éthique des acteurs qui en ont la charge. D'un côté, comme le souligne Laval et Ravon, la politique « capacitaire » et le nouveau management public ont en « horreur les trous des trajectoires » (Ravon et Laval 2014, p. 226) qui contredisent l'injonction à l'autonomie individuelle. L'anxiété des acteurs naît donc également de la menace portée sur la continuité de l'action publique. L'« inorientabilité » des adolescents est incompatible avec l'obligation de rendre effective les mesures de

²¹⁰ Par exemple, il peut s'agir de la contradiction dans le travail social entre injonction à reconduire les missions d'égalisation des individus de l'état providence et injonction à augmenter l'autonomie des usagers dans un contexte d'inégalité effective croissante.

placement civiles ou pénales et créent des trous dans la « couverture » de l'ASE. De l'autre, la politique de gestion des risques y voit le spectre de l'abandon :

« Abandon des jeunes, mise en péril de l'idée de solidarité inter-générationnelle, échec de l'action publique ». (*Ibid.*, p. 231)

Mobilisant des actions moins compassionnelles, la dangerosité représente l'autre dimension de ce spectre de l'abandon. La discontinuité de l'action publique que représente l'absence d'hébergement se voit mise en tension par la place croissante donnée à la dangerosité. Celle-ci devient un des moteurs de la diffusion des adolescents difficiles dans les politiques publiques au début des années 2000. L'enquête sur le souci des adolescents difficiles permet de saisir la dangerosité peu dicible à l'interface de la justice, de la psychiatrie et du travail social, logée dans les « trous » et les discontinuités de l'action publique.

Ces deux dimensions, cognitive et éthique, de l'interrogation « où est-il ? » matérialisent l'inscription de l'adolescent dans un dispositif de traitement de la dangerosité.

3.4. Réduire l'incertitude.

Le réseau fonctionne en pratique comme une organisation de réduction de l'incertitude professionnelle. Comme nous l'avons vu au sujet de la jeune Augustine, l'autorité du psychiatre ne vient ni de son savoir clinique ni de son statut social dominant, mais plutôt du fait qu'il apporte une certitude à des acteurs en position d'incertitude. La clinique assure également une fonction de résolution de l'incertitude en créant le consensus dans la définition des cas. Dans ce travail de réduction de l'incertitude, les acteurs rencontrent un double problème.

D'une part, ils se heurtent à la nature irréductible du résidu produit par les dispositifs spécialisés. Cette irréductibilité relève de deux déterminants. Premièrement, elle est liée à la nature même du pouvoir de discipline. Selon Michel Foucault (Foucault 1974, p. 42), ce pouvoir, caractérisé par le « contact synaptique corps-pouvoir », produit nécessairement des résidus « inclassables » du fait de sa tendance « isotopique » assignant à chaque individu une place.

Deuxièmement, cette irréductibilité est liée au problème, non spécifique, de la spécialisation horizontale dans les organisations. Le monde médical peut être considéré comme un exemple type des processus de spécialisation des organisations (Mintzberg 1998). La

spécialisation puis l'hyperspécialisation des services hospitaliers a ainsi répondu à une logique de progrès scientifique, mais également à des logiques managériales et économiques représentées par les politiques publiques de réduction des coûts de santé et par l'introduction d'outils importés du monde de l'entreprise (comme les Groupes Homogènes de Malades et la Tarification à l'Activité). Si sa dimension scientifique (réduire son champ d'action pour mieux connaître) n'est pas aussi pertinente dans l'analyse du travail auprès des adolescents difficiles que dans celle des hôpitaux contemporains, la spécialisation des dispositifs éducatifs est bien, comme dans le cas des hôpitaux, la conséquence du double processus de rationalisation managériale et de rationnement économique. Or, dans le cas du monde hospitalier, la convergence des facteurs scientifiques, économiques et managériaux de la spécialisation a conduit, par effet « tamis » à l'amplification des situations inclassables et incasables ainsi qu'à la massification du recours aux dispositifs dits « d'urgence » (Danet 2008, p. 162; Vassy 2001; Gansel 2010).

Diverses stratégies sont mobilisées par les membres permanents pour réduire ce résidu. Les interprétations qu'ils fournissent cherchent à réassigner le cas à une catégorie normative (mineur en danger ou dangereux) et à une catégorie pratique (fugueuse ou délinquant). Leurs préconisations visent à favoriser la coordination entre les organisations sans recourir à leur déspecialisation. Enfin, lorsqu'une telle réduction de l'incertitude est impossible, les acteurs, et tout particulièrement les professionnels de seconde ligne, fournissent des efforts pour se distancier de cette question de l'hébergement au profit d'une activité plus réflexive, témoignant d'une tentative de « recadrage » (Ashforth et Kreiner 1999) vers une tâche noble. Un second problème apparaît donc : ce résidu est connoté d'une impureté. D'une manière générale, le reste issu d'un processus de tri est associé à la souillure (Douglas 2005). En tant qu'ils sont « bloqués » dans le système, en particulier dans des lieux d'urgence, les adolescents difficiles constituent des résidus de la spécialisation comparables aux « bed-blockers » de la médecine d'urgence. Par cette expression, les professionnels des services de médecine d'urgence désignent des malades « bloqués », faisant des séjours prolongés (parfois plusieurs mois) dans des unités de courte durée destinées à des hospitalisations de quelques jours. Du fait de la multiplicité de leurs problèmes, ces patients ne rentrent que difficilement dans les catégories scientifiques, managériales et cliniques de la médecine

hospitalière hyperspécialisée²¹¹. Les services d'urgences qui accueillent, repèrent et gèrent ces patients se rapprochent des espaces asilaires, rémanences des logiques policières et compassionnelles antérieures aux logiques professionnelles contemporaines de l'hôpital, et sont, de ce fait, fortement associés à la psychiatrie. A l'instar de ces malades, les adolescents se trouvent « bloqués » : leur sortie des dispositifs est impossible tant du fait de leur dangerosité que de leur vulnérabilité, et ils ne peuvent accéder à une organisation spécialisée devant la multiplicité de leurs problèmes, dans un contexte de réduction et de spécialisation des moyens. Les adolescents difficiles ne sont pas tant exclus qu'ils ne sont dans l'impossibilité d'être inclus (leur « dossier » est sans cesse refusé). Ils se trouvent donc dans des espaces interstitiels, transitoires, destinés à l'urgence et parfois rémanents de l'asile (dans le cas du FDF ou de l'hôpital psychiatrique). L'activité du réseau se rapproche du travail de requalification du sale boulot en travail noble qu'opèrent les professionnels de la médecine d'urgence avec leurs patients « bed-blockers ». Les efforts pour transformer la « recherche d'une place » en travail réflexif, tout comme le refus des appellations telles que « incasables » pour désigner les adolescents participent de ce travail de recadrage moral du sens du travail. Le sale boulot ne fait pas simplement l'objet d'une tolérance de la part des professionnels, il est ainsi valorisé, l'impur se voyant déplacé ailleurs. Les conflits entre les membres permanents et leur recours à l'ironie illustrent le conflit entre l'impureté du résidu et la grande valeur attribué à l'adolescence : il faut se salir les mains car les adolescents en valent la peine. La rhétorique du « bout du bout des prises en charge » participe de ce travail de recadrage, faisant du traitement d'une population indésirable et stigmatisé une tâche noble.

4. Du malaise des professionnels au problème public

Cette marge des institutions, qui en est aussi le résidu, devient un problème public, au sens d'un problème collectif, désigné et traité par l'expertise clinique.

²¹¹ Alors que, selon François Dubet (Dubet 2002), la médecine hospitalière clinique avait construit une rhétorique permettant de combiner la compassion pour la personne et la saisie objective du corps machine, ce modèle s'est radicalisé, dans un contexte de réduction de ses moyens, à la défaveur de l'accueil des malades difficiles à classer selon les nosographies clinique, scientifique et critériologique.

4.1. Publier un problème interne : l'hébergement et l'ASE.

La formalisation du réseau, au début des années 2000, participe à un mouvement de publicisation d'un problème jusque-là géré au sein des services du Conseil Général. Les situations problématiques étaient alors abordées au cours de diverses réunions informelles « des cas bloqués » ou « des incasables ». Ces dénominations antérieures (aujourd'hui disqualifiées) indiquent une problématisation un peu différente de cette population interstitielle. Traités de manière informelle dans le bureau du responsable adjoint des services de protection de l'enfance, ces problèmes sont initialement internes, pour ne pas dire « privés » (Céfaï et Terzi 2012, p. 69).

Avec la formalisation du réseau pour adolescents difficiles à partir de 2002, le problème fait l'objet d'une forme de publicisation et de présentation vers des instances tierces qui sont représentées par la justice des mineurs et par la psychiatrie. Les « incasables » deviennent alors les « adolescents en grande difficulté ». Ce faisant, le problème passe d'un statut interne à un statut public plus vaste, impliquant un consensus entre plusieurs institutions sur son caractère anormal et sur la nécessité d'une action collective pour le corriger.

4.2. Le trouble signe le repérage d'un problème public.

Au cours d'une réunion entre membres permanents destinée à l'évaluation de l'activité du réseau, Marc Favier regrette à nouveau le caractère « ambigu » des préconisations et le manque de solutions « concrètes » apportées par ceux qui viennent présenter²¹². Il exprime son désarroi devant l'arrivée incessante de jeunes « complètement explosés » au FDF, après des parcours institutionnels faits de multiples refus et renvois. Les membres permanents s'interrogent alors collectivement : le réseau observe la répétition de ces cas problématiques, mais à qui peut-il « faire remonter » ce problème. Mr Favier et le responsable de la protection de l'enfance départemental estime que le magistrat serait l'interlocuteur naturel, mais la responsable de la PJJ leur signifie qu'il n'a pas le pouvoir de juger et de réformer les institutions. Mr Favier évoque également l'idée de faire un courrier au Défenseur des droits, mais les autres participants restent peu convaincus des effets concrets d'une telle démarche.

²¹² Observation du 26 novembre 2015

Cette incertitude illustre bien le problème que pose le repérage des adolescents difficiles comme problème public. Lorsque, en 1999, Virginia S Villani et Stephen S Sharfstein (Villani et Sharfstein 1999) alertent sur le problème que posent les « adolescents violents » à l'aire du « managed care » aux Etats-Unis, ils soulignent combien la nécessité de protection sociale face à la « dangerosité » de ces jeunes et la qualité des soins entrent en conflit avec les limites imposées par le modèle libéral (« market driven ») du soin. Prenant pour référence l'héritage de la psychanalyse (issu d'August Aichhorn et de la « compréhension du mode intérieur » des adolescents), ils identifient la population interstitielle des jeunes patients faisant des séjours hospitaliers « bien plus longs que la moyenne » et ne pouvant être transférés vers les « residential treatment centers ». A cette identification d'une population interstitielle, résidu des institutions, la catégorie française des adolescents difficiles ajoute et souligne une autre dimension : celle du malaise des professionnels qui en ont la charge. Sabine Chalvon-Demersay (Chalvon-Demersay 2012) propose de modéliser plus avant cette expérience émotionnelle du trouble, en la mettant en contraste avec d'autres attitudes (désinvolture, application, aisance). A partir des problèmes que pose l'adaptation scénaristique de l'union d'un tuteur avec sa jeune pupille, elle souligne que le trouble des acteurs sociaux peut signer la « détection d'un problème émergent ».

C'est ici que la définition du problème des adolescents sans hébergement comme « adolescents difficiles » introduit une complexité supplémentaire. En effet, cette définition-même de l'adolescence difficile traite du malaise des professionnels, mais elle conduit potentiellement à une forme de truisme : l'adolescent est difficile car les professionnels se sentent impuissants (c'est un élément de sa définition) et les professionnels se sentent impuissants car l'adolescent est difficile (c'en est une caractéristique essentielle).

Avec le terme de « trouble », la langue française offre un logement exceptionnel pour cette ambiguïté. Là où l'anglais original d'Emerson distingue deux termes (« trouble » et « disorder ») pour une analyse « micro-politique », le « trouble » permet ici de désigner tout autant la perturbation psychopathologique de l'adolescent (disorder) que le malaise des professionnels (trouble). Une telle ambiguïté traverse l'activité du réseau et conditionne la politisation du problème, qui reste suspendue entre médicalisation individuelle et réforme institutionnelle. Cette ambiguïté est fréquemment citée par les membres permanents : est-ce le « système » et les professionnels qui produisent les adolescents difficiles ? Ou bien ont-ils des caractéristiques propres ? De ce fait, l'activité du réseau n'ouvre pas vers la possibilité

d'une revendication institutionnelle plus vaste, telle que celle décrite par Malcom Spector et John Kitsuse (Spector et Kitsuse 1973). Mais, par-delà cette ambiguïté qui semble être avant tout une limitation, la catégorie des adolescents difficiles ouvre également des possibilités et une créativité. Elle sert ainsi à identifier un problème collectif : l'existence d'une population interstitielle des institutions contemporaines en charge de la déviance adolescente. Cette identification passe par un repérage clinique : celui du trouble des professionnels.

4.3. Les psychiatres, nouveaux propriétaires du problème.

Cette redéfinition clinique du problème place, dans les faits, les psychiatres au premier plan du réseau alors, alors que les juges s'en retirent totalement et que les travailleurs sociaux s'en tiennent à un silence. Comme l'indique le cas de Sofian, le Docteur Boissier est investi de la « reconnaissance » et des « obligations » associées à la propriété d'un problème public (Gusfield 1989). Principale figure d'autorité au cours des réunions, instance médiatrice, son expertise est tout à la fois appelée et contestée voire disqualifiée. C'est lui qui oriente la définition des cas et les réponses à y apporter, tout en n'ayant de cesse de se départir d'une psychiatrisation jugée excessive. Les psychiatres deviennent ainsi « propriétaires » du problème des adolescents difficiles, au détriment du droit, de la pédagogie ou du travail social.

Ainsi que le souligne Gusfield, l'analyse sémantique a un fort potentiel heuristique en matière de problèmes publics. Il cite pour exemple les appellations de « maltraitance infantile » ou de « négligence infantile » qui n'orientent pas vers les mêmes causes (parentales dans la première, institutionnelles dans la seconde) ni vers les mêmes traitements. Transformer et formaliser une « commission des cas bloqués » ou un « bureau des placements » en un réseau pour adolescents en grande difficulté, c'est à la fois recadrer le problème, constituer son public et en suggérer le traitement. Comme l'écrivent Daniel Céfaï et Cédric Terzi à la suite des pragmatistes américains :

« Problématisation (définition d'une situation problématique) et publicisation (constitution des publics concernés par cette situation) sont les deux faces d'une même dynamique. (Le public d'un problème est) l'ensemble des personnes, organisations et institutions indirectement concernées par la perception partagée

des conséquences indésirables d'une situation problématique et qui s'y impliquent pour tenter de l'élucider et la résoudre. ». (Céfaï et Terzi 2012, p. 10)

Le public concerné par les adolescents difficiles est ici la psychiatrie et les services éducatifs. Autant que les contraintes immédiates et les évolutions politiques plus lointaines, la définition même du problème est déterminante dans l'absence des magistrats. Du fait de la référence et du cadrage clinique qu'introduit la catégorie des adolescents difficiles, les juges se retrouvent marginalisés dans ce processus de publication. Pour autant, ils ne sont pas étrangers aux « conséquences indésirables » des situations problématiques.

Ravon et Laval (Ravon et Laval 2014, p. 228) concluent également à ce « changement de propriété » des adolescents difficiles, passant des professionnels socio-éducatifs aux cliniciens au cours des années 2000. Selon ces auteurs, la séquence serait la suivante : des travailleurs sociaux tels les professionnels de l'insertion avaient repéré le problème du « mal-être » dès les années 1990. Mais celui-ci n'est devenu dicible et donc

« Entendable qu'une fois que les professionnels de santé mentale disposant d'un système d'expertise clinique ont pu énoncer le mal-être en termes de souffrance psychique ». (*Ibid.*, p 229)

Les cliniciens, psychiatres et psychologues, mais également les infirmiers des services de psychiatries, occupent dès lors une place de « leaders » dans le champ de la formation des professionnels de l'adolescence. Les postures publiques de psychiatres comme Michel Botbol ou Maurice Berger illustrent ces inflexions. A l'instar des pédiatres ayant porté l'émergence du problème de la maltraitance infantile à partir des années 1950, ils revendiquent avoir « découvert » les adolescents difficiles. Pour Ravon et Laval, ce changement ne signe ni une « médicalisation » du social, ni le déclin de l'éducatif au profit du médical mais plutôt une « politique de l'attention » (*Ibid.*, p. 229), remplaçant les visées transformatrices de l'action par celle d'un « care » éventuellement palliatif (au sens du maintien). L'adolescence n'est donc

« Pas tant médicalisée que problématisée dans une logique clinique à visée thérapeutique. » (*Ibid.*, p. 230)

En outre, ces logiques ont conduit à établir de « nouvelles connexions entre acteurs habitués à travailler dans leur champs respectifs » (*Ibid.*, p. 231). Se déploie alors une

reconfiguration de l'action publique autour de la dimension réflexive et de l'incertitude. Cette reconfiguration se caractérise par la déterritorialisation, par un renforcement de la continuité et du contrôle des parcours individuels ainsi que par une coordination réflexive orchestrée par les savoirs dominants de l'expertise clinique.

4.4. Désigner une marge.

A la fin des années 1960 sous la plume de pédopsychiatres de formation psychanalytique intervenant à l'Education surveillée ou à l'Aide Sociale à l'Enfance, le problème des adolescents difficiles est avant tout celui de la discontinuité de l'action publique et de la proportion dans l'usage de la contrainte : la cellule d'isolement de Sœur Dublanc est une alternative à l'exclusion des adolescentes. Cette catégorie clinique offre ainsi la possibilité de cibler une population interstitielle d'adolescents, appelés de manière alternative « incasables ». Bien que convoquant l'expertise clinique, la définition des adolescents difficiles ménage un habile compromis entre des solutions institutionnelles et politiques du problème et la médicalisation des personnes à problèmes (les « problem people ») (Gusfield 1989). Ce faisant, les adolescents difficiles s'inscrivent durablement et par définition dans une pluralité de significations, faisant l'objet de contestations (« contested meanings » selon l'expression de Gusfield). La propriété des psychiatres en reste, de ce fait, partielle. C'est cette pluralité de significations qui permet à cette catégorie clinique de désigner la marge (une population interstitielle des institutions) alors même que les normes institutionnelles et donc leurs marges évoluent considérablement entre les années 1960 et 2000.

Au début des années 2000, et de manière tout à fait coïncidente avec l'échelle locale du réseau, les adolescents difficiles connaissent un regain d'attention dans un contexte politique de ciblage sur la délinquance des mineurs et d'orientation vers une plus forte pénalisation. Cependant, si la définition clinique mobilisée est d'une remarquable stabilité, l'usage qui est en fait varie sensiblement. Alors que, à l'image du pédopsychiatre Stanislas Tomkiewicz, la catégorie des adolescents difficiles soutenait un mouvement d'ouverture des institutions éducatives dans les années 1970 et s'appuyait sur une dénonciation de la contrainte et de l'enfermement, sa réactivation dans les années 2000 ouvre en apparence vers des perceptions tout à fait opposées. L'adolescence difficile légitime alors l'usage de la

contrainte dans le travail éducatif, allant de pair avec une réhabilitation de l'enfermement, rendu légitime par les vertus thérapeutiques et transformatrices de la sanction.

Or, cette contradiction morale apparente sur l'usage de la contrainte doit être lue comme un des effets d'une réorganisation plus large de l'action publique autour de la figure de l'individu autonome, réorganisation qui donne une clef de lecture supplémentaire du problème public.

5. L'individu et son traitement

Au sein du réseau, la lecture réflexive des cas produit une « traçabilité des parcours », comme l'ont décrite Bertrand Ravon et Christian Laval (Ravon et Laval 2012). La circulation des adolescents entre les dispositifs est analysée à partir d'eux-mêmes et non à partir des institutions. Pour résoudre le problème professionnel de la discontinuité du traitement, le réseau examine les adolescents plutôt que les dispositifs. Pourtant, ces dispositifs sont sous la tutelle des administrations qui le président (PJJ et ASE). Ce paradoxe est un des moteurs de l'ironie (« le problème, c'est nous », c'est le réseau des « institutions en grande difficulté »). Un tel mode de gestion du problème social répond à deux logiques : d'une part, le traitement est individualisé (il devient unique), d'autre part, il relève d'une personnalisation (qui tient compte de l'histoire biographique de la personne). C'est la raison pour laquelle il rend centrale (et problématique) la question de l'autonomie de l'adolescent : comment penser individuellement le parcours sans supposer l'autonomie de l'utilisateur ? La place qu'occupe la notion d'adhésion dans le travail clinique opéré sur les adolescents difficiles révèle trois dimensions de cette individualisation du traitement.

5.1. La personnalisation comme reconfiguration de l'institution totale.

D'une part, le réseau pour adolescents en difficulté fait partie de ces organisations créées sur les vestiges de l'asile. La continuité et l'histoire des lieux, la récurrence des références à l'asile, l'importance donnée à la question de l'hébergement et l'inquiétude sur les abus de pouvoir des interventions témoignent de cet héritage. Comme le souligne Isabelle Coutant (Coutant 2012, p. 212) à propos de son terrain hospitalier, les professionnels ont

intégré la critique de l'institution totale issue des travaux de Goffman dans les années 1970 et les limites de leurs interventions sont sans cesse contestées, entre modulation de la contrainte (dans le cas des services hospitaliers de psychiatrie, celle de l'enfermement), et idéal du travail de réinsertion. Cette tension est formulée par les psychiatres du service qu'étudie Coutant, pris entre « internement abusif » et « externement abusif ».

Le réseau observé produit en pratique une personnalisation extrême du traitement : on y fait du « sur-mesure », à partir de la biographie de l'adolescent, dans une attention constante à « rester dans les clous » de la réglementation et de la loi, conçue comme la Loi structurante pour l'individu. Cette personnalisation indique une forme de reconfiguration de l'institution totale. L'institution totale décrite par Goffman (Goffman 1968) prenait en son sein les individus dans une logique d'uniformisation et de *dépersonnalisation* effaçant tout trait personnel, le crâne rasé et l'uniforme en étaient les pratiques les plus caractéristiques. Pour Goffman, le propre de l'institution totale était de prendre en charge toutes les dimensions de la vie des individus : travail, hébergement, sexualité, santé, etc. La personnalisation du traitement repose au contraire sur les caractéristiques propres de l'individu et en particulier sur son parcours biographique. L'articulation et l'attention à la transversalisation professionnelle des différentes institutions conduisent, par un chemin inverse, à un résultat similaire : toutes les dimensions de la vie de l'individu sont prises en charge. Dans les cas des jeunes Anis ou Sofian par exemple, le traitement tenant compte de leur dangerosité sexuelle passe non pas par l'enfermement mais par un assortiment de mesures « cadrantes » très personnalisées, associant care et contrôle, si bien que la contrainte s'étend aux différentes dimensions de la vie de l'adolescent et le contrôle devient total.

Comme le souligne Sandra Laugier (Lovell et al. 2013, p. 172), le care contient de manière inhérente une activité « d'enquête » qui permet de rendre visible ce qui était inapparent, audible ce qui était silencieux. Profondément lié au contrôle et à l'usage de la contrainte dans l'activité du réseau, une dimension problématique du care émerge alors : celle de la limite entre l'enquête et l'inquisition, entre la sollicitude du regard, la *bienveillance* de l'écoute et la *surveillance* continue des comportements. Cette dimension du regard porté sur autrui interroge l'emprise pouvant émerger dans les pratiques de care. Peut-être nous invite-t-elle aussi à nous départir d'une vision univoque du care comme protection pour y intégrer ces deux dimensions, conçues habituellement comme antagonistes, de la bienveillance et de

la surveillance. Ces ambiguïtés sont abordées par les psychiatres du réseau qui soulignent la « violence » et l'asymétrie du soin. Ils utilisent l'image du « clinos », le lit du patient sur lequel se penche le médecin pour le soigner, ou encore celle de la « nécessaire violence » du geste chirurgical (ouvrir le corps), qui, s'il n'était pas thérapeutique et encadré par le savoir clinique, serait considéré comme un crime.

Cette ambiguïté des liens entre care et contrôle renvoie également à l'emprise étendue des sociétés post-disciplinaires que postule Gilles Deleuze dans son « post-scriptum sur les sociétés de contrôle » (Deleuze 1990). L'enfermement et la discipline uniformisante du pouvoir de contrôle administrée par le mot d'ordre se voient remplacé par l'auto-contrôle et le mot de passe ouvrant à une information infinie sur l'individu. De l'école à l'usine, le pouvoir de discipline « n'arrêtait pas de recommencer », le pouvoir de contrôle est quant à lui un contrôle « continu », sans fin. La personnalisation biographique du traitement des adolescents est potentiellement infinie. A cette illimitation potentielle du care, s'ajoute le « double principe d'indétermination et d'illimitation » de la santé mentale souligné par Doron (Doron 2015b, p. 11) et dans lequel s'intègre la constitution généalogique des adolescents difficiles. Ainsi, les travailleurs sociaux de l'ASE, qui sont les demandeurs auprès du réseau, se retrouvent dans la même position que les « case-manager », les référents (souvent travailleurs sociaux) qui suivent les malades mentaux dans les programmes « d'intégration communautaire » étudiés par Paul Brodwin (Brodwin 2010, p. 129) : ils ont une « responsabilité illimitée sur la vie de leurs clients » qui trouve ses racines dans la des-institutionnalisation elle-même. A travers l'attention à une continuité de la « couverture » de l'action publique, et une recherche isotopique d'assigner les adolescents à un lieu, les solutions cliniques apportées par le réseau corroborent les constats d'Isabelle Astier au sujet de mutation du travail sur autrui : loin de décliner, « l'institution n'a sans doute jamais été aussi présente et intervenante dans la vie des individus » (Astier 2009, p. 56).

5.2. Adapter le traitement : entre interprétation et qualification.

D'autre part, le réseau offre un espace de mise en pratique des catégories normatives, juridiques du mineur en danger et du mineur délinquant. De ce point de vue, elle représente un de ces espaces sociaux « infra-politique » décrits par Didier Vrancken (Vrancken 2009), des collectifs peu formalisés, utiles pour explorer empiriquement la mise en actes des

nouvelles formes de gouvernement par le corps et par le repérage de la souffrance. Le réseau pour adolescents difficiles peut schématiquement être décrit comme une interaction entre bureaucratie politique locale et professionnels spécialisés du travail sur autrui. Cette description minimaliste ouvre à une théorisation interactionniste et pragmatiste. Elle permet d'introduire la notion « d'ordre négocié » d'Anselm Strauss (Strauss 1992). L'étude pratique du travail doit primer, selon Strauss, sur l'analyse des divisions et organisations (formelles, légales, etc.) du travail. Cette approche est relativement différente de celle d'Everett C. Hughes. En effet, l'activité du réseau et en particulier les rapports d'autorité ne suivent pas tant un ordre préétabli (selon les frontières professionnelles ou hiérarchiques explicites) qu'un ordre négocié distinguant professionnels de première ligne et de seconde ligne. En outre, cette formulation pragmatiste permet de départiculariser cette scène sociale. On peut alors l'interpréter comme une interaction indirecte entre administrations et usagers, médiée ici par le souci des professionnels. Comme le décrit Jean-Marc Weller (Weller 1990, p. 82), l'interaction de la bureaucratie avec ses usagers est déléguée à des « marginaux sécants », des membres de la bureaucratie qui y sont attachés de manière plus flexibles et qui se caractérisent par leur réflexivité et leur volonté de réforme. Ce concept, issu de la théorisation de Haroun Jamous (Jamous 1969) sur la réforme hospitalo-universitaire de 1958, décrit des personnalités « réformatrices », travaillant en marge des institutions et de leurs normes mais sans y être totalement étrangères. C'est le cas de Mme Poncet et de son attachement militant à la psychanalyse lacanienne.

Située dans ce canevas interactionniste, la logique d'individualisation du traitement prend alors deux sens (Weller 2007). Premièrement, comme toute bureaucratie confrontée à l'application de catégories juridiques, le réseau travaille selon une double dynamique de qualification « bottom-up » (du cas pour la catégorie), et d'interprétation « top-down » (de la catégorie pour le cas). D'un point de vue interactionniste, cette activité est similaire à celle d'une administration en charge d'allouer une compensation financière à ses usagers telle que Jean-Marc Weller l'étudie, ou encore à la mise en pratique du « droit à la scolarité adaptée » comme le décrit François Sicot (Sicot 2010). Ces institutions passent par l'étape de « cadrer » le cas ou le « rapporter à un profil ». La catégorie pratique des adolescents difficiles se situe ici entre les catégories juridiques (administratives et pénales) du mineur en danger et du mineur délinquant. Partant de l'étude pragmatique du « travail tel qu'il se fait »

(Weller 2007, p. 735), cette composition pratique repose sur les deux figures ou « profils » sexués de la dangerosité.

Deuxièmement, l'activité d'individuation du traitement par le réseau pour adolescents difficiles permet de donner chair, de transformer la catégorie juridique en individu matériel. Par l'action de spatialisation du traitement, le travail du réseau diverge de l'activité des administrations où l'utilisateur « n'a d'existence qu'à l'aune de la classification qui le désigne » (Weller 1990, p. 84). Pour suivre l'analyse de Luca Pattaroni en termes d'« institutionnalisation du care » (Pattaroni 2011), l'adolescent se voit ici « institué » et constitué en objet vivant d'un souci collectif, doué d'une subjectivité et d'un corps qui sont examinés de manière inégale.

5.3. Le dilemme de la protection et de l'injonction à l'autonomie.

Enfin, l'adhésion renvoie au dilemme de l'action de protection et de l'injonction à l'autonomie. Les réflexions de Mme Levrant sur « l'intrusion » des interventions dans la sphère familiale formulent clairement ce problème. Depuis le début des années 2000, l'autonomie des usagers est placée au pinacle des valeurs de l'action publique, aussi bien dans le champ sanitaire que social. Cette tendance est illustrée par une série de politiques publiques de « modernisation » en matière sanitaire (telle la loi du 4 avril 2002 sur la « démocratie sanitaire ») ou sociale (comme la loi du 2 janvier 2002 impliquant une plus grande « participation » à la vie citoyenne des usagers de l'action sociale). Sur le plan moral, ces politiques publiques reposent sur une critique du « modèle paternaliste » des institutions (Pédrot 2002) et appellent une meilleure contractualisation des relations avec leurs usagers. Observant les interactions entre agents administratifs et usagers, Jean-Marc Weller (Weller 2010) décrit ainsi l'infléchissement progressif des pratiques de guichet de « l'accueil » dans les années 1980 à « l'offre de services » contemporaine. Cependant, ce modèle de l'autonomie ne rend que difficilement compte de la prise en charge de personnes très dépendantes, rentrant mal dans le modèle du consentement éclairé et de la réhabilitation. Un tel écart est souligné par le travail de Benoît Eyraud sur les personnes sous mesure de protection de biens.

« La promotion de l'autonomie comme norme, la critique des établissements asilaires, les mutations de la solidarité familiale, l'extension des politiques sociales et

du handicap, et la dégradation économique conduisent de plus en plus de personnes à être exposées à des difficultés pour se gouverner par elles-mêmes ». (Eyraud 2013, p. 394)

Ces reconfigurations autour de l'autonomie de l'utilisateur appellent également des critiques, soulignant le retrait de l'Etat au profit de politiques libérales, et la perte de protection pour les personnes les plus vulnérables. Ce désinvestissement est d'autant plus souligné qu'il contraste avec le surinvestissement des questions sécuritaires et de la gestion de la dangerosité. Le sort des malades psychiatriques incarcérés est devenu emblématique de ces critiques (Doron 2015a; Giudicelli-Delage et Lazerges 2011).

Pourtant, la définition ambiguë des adolescents difficiles, souffrants mais pas particulièrement malades, ne les rabat pas sur le volant des patients psychiatriques dépendants du fait de leurs troubles mentaux. Deux autres facteurs entrent en ligne de compte. Premièrement, l'autonomie est ici rendue problématique par le statut social de l'adolescent comme un « demi-sujet » ou encore comme un individu autonome mais dépendant. Ainsi que le souligne Olivier Galland :

« La particularité de l'adolescence moderne serait de conjuguer une forte autonomie (notamment dans la gestion des relations amicales et de l'emploi du temps) avec le maintien, inévitable à cet âge de la vie, d'une totale dépendance matérielle à l'égard des parents. » (Galland 2010, p. 5)

Deuxièmement, comme l'expliquent Isabelle Coutant et Jean-Sébastien Eideliman (Coutant et Eideliman 2013, p. 259), c'est sur les parents que se déplace cette injonction à l'autonomie : ils sont crédités (ou accusés) d'une responsabilité dans la souffrance de leurs enfants, ou dans les troubles causés par ceux-ci.

Il n'en reste pas moins que, comme le théorise Isabelle Astier, le travail *sur* autrui se transforme en travail *avec* autrui, et, en matière d'adolescents, les interventions ne cherchent pas la soumission de l'utilisateur à la société mais son autonomie et qu'il trouve de lui-même les moyens d'adhérer activement à la société. L'adolescent, comme l'utilisateur actif du travail avec autrui, doit «trouver en soi les motifs de sa participation » à la vie sociale (Astier 2009, p. 55), en particulier par la présentation qu'il fait de sa biographie et de son expérience. Cette tension entre impératif de protection et injonction à l'autonomie

conduisent à une situation potentielle d'anomie : comment choisir entre ces deux pôles antagonistes ?

5.4. Le consensus clinique solutionne l'anomie.

Il y a donc là une dernière dimension du problème public des adolescents difficiles. Outre l'incertitude morale et cognitive matérialisée par l'incertitude sur leur lieu de résidence, ceux-ci incarnent une tension entre autonomie et usage de la contrainte. Comme dans le cas des municipalités devant se préparer pour les intempéries ou de Howard Becker devant choisir quels livres garder dans son petit appartement (Becker 2013), les adolescents difficiles représentent un problème collectif d'équilibre entre ressources et besoins, et de l'arbitrage entre une multitude de normes divergentes. Becker rapporte ces problèmes sociaux variés à la question de l'anomie, telle que Durkheim l'aborde dans son étude classique sur le suicide. Durkheim interprète l'augmentation du suicide en période de crise économique en avançant le concept de « suicide anémique » (Durkheim 1897, p. 264). Le suicide anémique survient aussi bien en période d'expansion économique que de récession, deux situations qui provoquent l'incertitude sur l'adéquation des besoins et de ressources. Becker insiste sur un point : en situation d'anomie, la solution est la convention ou plutôt le compromis. Ce n'est pas tant l'absence de norme que l'impossibilité de choisir entre les normes qui crée l'anomie. C'est pourquoi : « C'est assez lorsque tout le monde dit que c'est assez », affirme Becker. La décision ne se fonde pas sur ce qui est bon ou juste mais sur ce que tout le monde accepte.

Face à la question anémique posée par les adolescents difficiles, c'est la clinique et sa force de consensus qui crée cette convention. La place donnée à « l'adhésion du jeune », c'est-à-dire à l'autonomie et à la capacité à consentir, vient arbitrer cette anomie dans l'usage de la contrainte. Comme le souligne Astier au sujet des nouvelles normes d'action publique et de socialisation qu'elles convoquent :

« La discipline et la référence au groupe n'ont pas disparu, mais sont enchâssées dans cette contrainte sociale devenue première : l'autonomie. » (Astier 2009, p. 55)

Astier se réfère ici à l'idée de Durkheim, sur la constitution d'une morale dans les classes populaires au cours du 19^e siècle. Suite à l'éclatement des modèles sociaux traditionnels, le monde populaire est exposé au risque de l'atomisation en individus isolés et anoniques. Pour Durkheim, la morale se constitue alors sur trois points : adhésion au groupe, discipline et autonomie. Par la structure même de ces nouvelles modalités d'intervention publique contemporaines, l'intégration du salariat n'est plus un objectif principal (signant l'adhésion au groupe). Les institutions sont désormais particulièrement sensibles à la « réalisation de soi » (*Ibid.*, p. 56). En donnant une interprétation clinique aux comportements des adolescents, déviants et incompréhensibles pour le profane, les professionnels les érigent en acteurs agissant par eux-mêmes, se définissant comme individus autonomes, cherchant à prendre leur place dans le corps social et à « faire des choix » dans le « champ des possibles » délimité par les institutions (Giuliani et Laforgue 2011, p. 25).

Synthèse de la partie

Vincent peut-il retourner vivre chez sa grand-mère à la majorité comme il demande, après avoir passé deux années « bloqué » dans un CEF faute d'un lieu de placement acceptant de le recevoir ? A l'instar de Vincent, l'hébergement concret de l'adolescent, quel que soit son mandat, sa forme ou son lieu institutionnel, est centrale dans l'activité du réseau. Alors que les lieux où ils exercent illustrent de manière concrète les évolutions de l'action publique envers les déviances juvéniles, les acteurs du réseau expérimentent le problème des adolescents difficiles comme celui d'une localisation impossible. Le problème commun des adolescents difficiles est d'être en un lieu indéfinissable : ils sont dans sur une place d'urgence sans limite de temps, dans un foyer sans y être, placés en attente de partir. Mais cet échec de la spatialisation du traitement correspond également à un échec de cadrage du cas qui compromet l'intelligibilité et les garanties éthiques du travail des institutions. Identifier des adolescents difficiles correspond donc à l'expérience d'une double incertitude : l'une, matérielle, sur le lieu de son traitement, l'autre, abstraite, sur son bienfondé. Ils sont alors tout à la fois la marge des institutions et le résidu, connoté d'impureté, qu'elles produisent.

Le réseau fonctionne comme une instance de définition et de solution du problème des adolescents difficiles. En le repérant par une catégorie clinique et par la notion ambiguë de « trouble », les acteurs ne peuvent inscrire cette marge dans une solution politique ou institutionnelle. Mais ce repérage clinique ouvre aussi une créativité, celle de réassigner l'adolescent à une interprétation de ses comportements donnant sens à l'activité, de contrer l'indifférenciation des lieux par la coordination des interventions et la réflexivité des professionnels, et, ce faisant, de recadrer ce travail comme une tâche noble.

C'est ainsi que la psychologue et l'éducatrice de Vincent tombent d'accord, que son statut de résidu des institutions est converti en celui « d'ado qui fait un travail » et qu'un montage complexe, très personnalisé, de mesures « contenantes » s'organise. La gestion des risques de récidive criminelle peut alors être appréhendée par le « sens » d'un retour en famille qui n'est plus un abandon de la protection sociale ni une soustraction au pouvoir mais une « expérience » subjective.

Ce mode de problématisation repose sur une personnalisation biographique du traitement, personnalisation extrême voire potentiellement infinie. Tenant compte de l'incorporation réflexive de la critique par les professionnels, elle réforme, en la reconduisant partiellement,

l'emprise de l'institution totale transformée en contrôle continu de la trajectoire. De plus, cette personnalisation se réalise par l'application de catégories pratiques qui matérialisent doublement l'action publique : sur le corps de l'adolescent et sur sa subjectivité. Enfin, cette nouvelle forme de pouvoir, post-disciplinaire, promeut l'autonomie mais elle entre en conflit avec les impératifs de protection de l'individu. Cette tension conduit à une situation d'anomie dont les acteurs du réseau sortent grâce à la force de consensus de la clinique.

En identifiant et en traitant un trouble ambigu, suspendu entre désordre de l'adolescent et malaise des professionnels, le souci des adolescents difficiles devient ainsi une nouvelle catégorie de l'action publique.

CONCLUSION

Comment une catégorie clinique issue de la psychiatrie psychanalytique des années 1970 et des réformes contemporaines de l'institution totale peut-elle rester d'une actualité brûlante près de 40 ans plus tard ? Telle est la question qui nous vient au moment de refermer cette thèse. Dans un paysage institutionnel dominé par le management chiffré et le rationnement de l'action publique, par les avancées neuroscientifiques et l'autonomie des usagers, cette catégorie, ambiguë sur la nature d'un trouble et soulignant son origine carencielle et familiale, a tout pour paraître désuète. Cet anachronisme condense en fait la préoccupation que nous avons ferrée au début de ce travail puis laissée filer au cours de l'enquête : saisir les évolutions contemporaines dans le traitement public des déviances juvéniles.

Lorsqu'ils émergent sous la plume de leurs premiers découvreurs en 1965, les adolescents difficiles s'inscrivent dans certaines continuités : celle qui, depuis près de deux siècles, fait de l'adolescence une étape de la vie définie par les savoirs médicaux ; celle qui, avec l'enfance anormale au milieu du 19^e siècle, assure la double extension, médico-légale et médico-pédagogique, de l'aliénisme. Mais cette nouvelle catégorie clinique, reléguant celle d'enfance inadaptée, instaure également une rupture. Elle illustre la place prépondérante que la psychanalyse prend alors en France parmi les disciplines de l'adolescence. A partir des années 1950, les psychologues et psychiatres de formation analytique investissent les institutions pour la jeunesse, en particulier la justice des mineurs et la psychiatrie. Leur succès et l'imposition de leur nouvelle juridiction repose sur leur capacité à reprendre la critique de l'enfermement tout en soutenant l'idéologie de la défense sociale nouvelle. La protection de société ne passe dès lors plus par la réclusion ou la relégation de pans plus ou moins large de la population mais par le repérage et la prévention d'individus dangereux.

C'est en effet un savoir clinique très personnalisé, mais également en deçà du crime et de la maladie, que propose la catégorie des adolescents difficiles. La rupture, pour ne pas dire l'innovation, repose ici sur ces trois points : la prédominance du savoir *clinique* sur d'autres savoirs (en particulier pédagogique) en matière de déviance, *la personnalisation*, qui remplace l'enfance inadaptée (générique) par les adolescents difficiles (somme d'individus), l'abaissement du *seuil* des interventions (fixé sur une souffrance non pathologique). Dans les années 1970, le succès des adolescents difficiles survient dans un contexte de relative stabilité de l'action publique. Il permet alors de désigner une population résiduelle produite à la fois par la spécialisation en secteurs (pédagogique, judiciaire, sanitaire et éducatif) et par la dénonciation de l'institution totale et la déconstruction des espaces asilaires. En réformant les lieux d'enfermement disciplinaire, l'action publique se trouve confrontée à l'usage problématique de la contrainte face au risque d'abandon de sujets vulnérables et à la relaxe d'individus dangereux. Ce dilemme rappelle, mais peut être un peu tard, que l'asile est à la fois lieu sinistre de la relégation dépersonnalisante et déshumanisante, et celui d'un accueil inconditionnel et humaniste, supposant l'universalité de l'humaine condition même dans ses formes les plus inquiétantes et étranges.

Au tournant des années 2000, les adolescents difficiles connaissent un usage ubiquitaire, à la fois objet de politiques publiques, d'actions institutionnelles et de savoirs professionnels spécialisés. Cette actualité nouvelle survient alors que les conditions du traitement public des déviances juvéniles se modifient. Imbibées par l'autonomie des usagers, érodées par les nouvelles politiques de la souffrance et de la vulnérabilité, les frontières entre secteurs deviennent alors poreuses. Entre la fin des années 1960 et les années 2000, les conditions de production de la marge évoluent considérablement, mais la catégorie qui sert à la désigner reste remarquablement stable. Ce sont les conceptions sur la contenance qui, en faisant le grand écart, autorisent cette stabilité. Fondant le postulat thérapeutique pour les adolescents difficiles, elles subissent un infléchissement de sens, les faisant passer d'une disposition interne dans les années 1960 à un dispositif physique à la fin des années 2000. A l'issue de cet infléchissement, ces conceptions produisent un champ sémantique aux frontières floues qui légitime des montages institutionnels hybrides et interprofessionnels, s'agrégeant autour de la psychiatrie. Ces arrangements institutionnels et ces savoirs cliniques s'intègrent pleinement dans une santé mentale de l'adolescent, répondant au double principe d'illimitation et d'indétermination, attentive à la prévention plutôt qu'au

traitement des maladies et intervenant sur les liens entre l'individu (entendu comme un sujet) et son milieu (compris comme un environnement affectif protecteur ou pathogène).

A l'échelle du terrain, les adolescents difficiles sont un *problème public*, c'est-à-dire qu'ils représentent une problématisation et une publicisation faites par les institutions sur leur marge, sur le produit résiduel de leur activité et sur l'inadéquation de leurs interventions. Les acteurs du réseau repèrent et rendent publics, au sein d'une activité collective, la discontinuité de l'action publique liée aux reconfigurations de l'institution totale, la faible capacité de coordination des bureaucraties politiques locales, l'importance donnée à l'autonomie des adolescents et le déclin des traitements résidentiels. Pour répondre à l'impératif de coordination et de transversalité posé dans ces différentes dimensions du problème, la définition clinique des adolescents difficiles organise, avec une force remarquable, un consensus entre professionnels. Dans son usage pratique, cette catégorie recourt à l'expertise clinique sur la subjectivité, s'inspirant de la psychanalyse tout en se distanciant de la nosographie psychiatrique en tant que savoir professionnel. Cette distanciation l'ouvre à l'appropriation extra-professionnelle voire profane et lui offre un tropisme interinstitutionnel fécond. Aux frontières professionnelles explicites, elle substitue une distinction pratique entre professionnels de première ligne mettant en œuvre une action et professionnels de seconde ligne prenant une décision. Les acteurs, en s'imprégnant de la notion de souffrance, se représentent dans une symétrie avec les adolescents. Ces derniers sont construits tout à la fois comme vulnérables et dangereux. Si les acteurs ont une attention constante à protéger les adolescents de leur stigmatisation comme des individus dangereux, ethniquement minorés, il leur faut aussi les réinscrire, les réaffilier comme cible de l'action publique par une assignation minimale. La place donnée à l'intime et au corps sert de ligne de crête entre des profils de traitement institutionnel très fortement genrés auxquels les adolescents sont assignés.

Le traitement clinique des adolescents difficiles par le réseau réalise une personnalisation extrême, reposant sur un récit anamnestique très serré, où la continuité biographique vient colmater les brèches topographiques. A l'incertitude sur le lieu de traitement concret de l'adolescent, le travail de réseau substitue une continuité de connaissance du parcours et une cohérence du sens singulier et subjectif des comportements. S'associent alors des mesures hétérogènes de soin et de contrôle, de protection et de rectification pour construire un projet très personnalisé. Appréhendée de manière phénoménologique, cette

association incite à concevoir le care et son travail inhérent d'enquête toute à la fois comme bienveillance et comme surveillance.

L'adolescence est un âge de la vie transitoire, éphémère, qui représente une période de fragilité et de grande vulnérabilité individuelle et sociale. En délimitant une population interstitielle et marginale des institutions, en la repérant par un trouble de nature ambiguë, tout à la fois collectif des professionnels et individuel du jeune sujet, la catégorie clinique des adolescents difficiles performe un souci des adolescents. Ses effets contrastés, discutables, sont parfois à l'origine de conflits insolubles entre les acteurs du terrain.

D'un côté, cette clinique produit une tautologie du trouble qui la rend coercitive et extensive. Elle imprime l'expérience des professionnels, imposant son magistère contraignant. Elle conduit à l'impossibilité de penser la relativité sociale et politique de la violence, alors même que le réseau concerné traite une population homogène, issue de familles pauvres et migrantes. Elle ne permet pas de penser le malaise des acteurs comme relevant d'épreuves éthiques et sociales de la professionnalité. La clinique, oscillant entre traitement individuel de personnes à problèmes et réponse collective des institutions, conditionne une faible politisation du problème des adolescents difficiles. Celle-ci rentre en résonance avec la faiblesse (au sens de la pauvreté de moyens et du manque de coordination) des politiques locales de la jeunesse.

D'un autre côté, cette clinique des adolescents difficiles ouvre à une créativité. Elle permet aux professionnels de repérer, rendre public et solutionner un problème émergent : les incertitudes nouvelles traversant les modes de traitements contemporains des déviances juvéniles. En réassignant l'adolescent dans un sens de l'activité, en coordonnant sans les indifférencier les lieux de l'action publique, en réalisant une personnalisation biographique du traitement ainsi que par la force de consensus qu'elle déploie, la clinique permet de résoudre le dilemme anémique entre vulnérabilité et dangerosité, entre autonomie et protection, entre soin et contrôle. Elle recadre en tâche noble le sale boulot de traiter un résidu. Ce sont ces facteurs intrinsèques et extrinsèques qui déterminent l'ubiquité d'une catégorie clinique et son succès à travers le souci qu'elle décrit et qu'elle définit. Ce souci, autant affect éprouvé qu'attitude tournée vers le care, constitue une modalité contemporaine de l'action publique.

L'enquête de terrain montre que la construction et le traitement d'une population socialement homogène répondent ainsi à des principes universels, organisés par une expertise clinique sur la subjectivité. Cette homogénéité mériterait d'être intégrée dans une recherche post-migratoire sur le traitement des déviations juvéniles. Il nous faudrait aussi poursuivre cette enquête du côté des adolescents et de leurs familles, explorer comment ils se soumettent, résistent, reçoivent et sont façonnés par ces modalités d'action publique. Enfin, l'homogénéité de la population traitée par le réseau incite à poursuivre une recherche portant sur les points de filtre dans les institutions, faisant passer de manière discriminée le souci des adolescents de la sphère privée (familiale, professionnelle, scolaire, cléricale, associative) à la sphère publique, puis, au sein de celle-ci, du centre vers la marge et vers les actions institutionnelles spécialisées, là où les adolescents tombent dans les trous de l'action publique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Précision : les références ci-dessous incluent des textes du corpus documentaire servant à l'analyse généalogique. Ces sources primaires sont par ailleurs extraites et regroupées dans les annexes 2 à 4, avec les autres documents constituant le corpus.

ABBOTT Andrew, 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

AGAMBEN Giorgio, 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Rivages poche, 50 p.

ALIX Julie, 2011, « Une liaison dangereuse. Dangérosité et droit pénal en France. » dans *La dangérosité saisie par le droit pénal*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, p. 49-78.

ANCEL Marc, 1954, *La défense sociale nouvelle*, Paris, Cujas, 183 p.

ANZIEU Didier, 1985, *Le Moi-peau*, 1995^e éd., Paris, Dunod, 291 p.

APELLANIZ-RIKKERS Elisabeth et APELLANIZ René, 1962, *Etude de l'entretien clinique. A propos de l'examen psychologique des jeunes délinquants.*, Paris, Direction de l'Education Surveillée.

ARIES Philippe, 1952, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, 2014^e éd., Paris, Points.

ARMSTRONG David, 2009, « Origins of the Problem of Health-related Behaviours A Genealogical Study », *Social Studies of Science*, 12 janvier 2009, vol. 39, n° 6, p. 909-926.

ARVEILLER Jacques, 2010, « Adolescence, médecine et psychiatrie au XIXe siècle », *L'Évolution Psychiatrique*, avril 2010, vol. 71, n° 2, p. 195-221.

ARVEILLER Jacques, 2001, « De la folie morale », *L'Évolution Psychiatrique*, 2001, n° 66, p. 614-631.

ASHFORTH Blake E. et KREINER Glen E., 1999, « "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity », *The Academy of Management Review*, juillet 1999, vol. 24, n° 3, p. 413.

- ASSOUN Paul-Laurent, 2004, « L'inconscient du crime. La "criminologie freudienne" », *Recherches en psychanalyse*, 2004, vol. 2, n° 2, p. 23-39.
- ASTIER Isabelle, 2009, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, 30 mars 2009, vol. 152, n° 2, p. 52-58.
- BACQUE Marie-Hélène et SINTOMER Yves, 2001, « Affiliations et désaffiliations en banlieue: Réflexions à partir des exemples de Saint-Denis et d'Aubervilliers », *Revue française de sociologie*, 2001, vol. 42, n° 2, p. 217-249.
- BAILLEAU Francis, 2009, « La France, une position de rupture ? », *Déviance et Société*, 2009, vol. 33, n° 3, p. 441-468.
- BAILLEAU Francis, 2002, « La justice pénale des mineurs en France. Ou l'émergence d'un nouveau modèle de gestion des illégalismes », *Déviance et Société*, 2002, vol. 3, n° 26, p. 403-421.
- BARBALAT G., DOMENECH P., VERNET M. et FOURNERET P., 2010, « Risk-taking in adolescence: A neuroeconomics approach », *L'Encéphale*, avril 2010, vol. 36, n° 2, p. 147-154.
- BARBIER Gilbert, DEMONTES Christiane, LECERF Jean-René et MICHEL Jean-Pierre, 2010, *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?*, Paris, Sénat.
- BARRETT Robert, 1998, « Domaines professionnels et dimensions d'un cas » dans *La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie*, Le Pleiss Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, p. 55-86.
- BARREYRE Jean-Yves et FIACRE Patricia, 2010, « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » », *Informations sociales*, 6 janvier 2010, vol. 156, n° 6, p. 80-90.
- BATH Howard, 1994, « The physical restraint of children: is it therapeutic? », *Amer. J. Orthopsychiat.*, janvier 1994, vol. 64, n° 1, p. 40-49.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 2010, *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*, 4e édition., Paris, Editions La Découverte.
- BECKER Howard S., 2013, « How Much Is Enough? », *Public Culture*, 21 septembre 2013, vol. 25, 3 71, p. 375-386.
- BECKER Howard S., 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 352 p.
- BECQUET Valérie, 2012, « Les « jeunes vulnérables » : essai de définition », *Agora débats/jeunesses*, 27 septembre 2012, N° 62, n° 3, p. 51-64.

BELKACEM Lila, 2013, « Jeunes descendants d'immigrants ouest-africains en consultations ethnocliniques : migrations en héritage et mémoires des « origines » », 29 juillet 2013, vol. 29, n° 1, p. 69-89.

BERGER Maurice, 2001, « Pourquoi est-il si difficile de penser le soin des jeunes extrêmement violents ? », *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2001, vol. 17, n° 2, p. 215-229.

BERGER Maurice, BONNEVILLE E., ANDRE P. et RIGAUD C., 2007, « L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, novembre 2007, vol. 55, n° 7, p. 353-361.

BERGER Maurice, CASTELLANI C., NINOREILLE K., BASSET T., FRERE-MEUSNIER D. et RIGAUD C., 2010, « Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, août 2010, vol. 58, n° 5, p. 282-292.

BERGERET Jean, 1993, *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère.*, 3e édition 2013., Paris, Dunod, 352 p.

BIDET Alexandra, BOUTET Manuel et CHAVE Frédérique, 2013, « Au-delà de l'intelligibilité mutuelle : l'activité collective comme transaction. Un apport du pragmatisme illustré par trois cas. », *Activités*, 2013, vol. 10, n° 1, p. 172-191.

BIENNE Marie, 2004, « « Les enfants terribles ». La psychiatrie infantile au secours de la famille : la consultation du professeur Georges Heuyer en 1950 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 15 novembre 2004, Numéro 6, p. 69-91.

BION Wilfred R., 1963, *Elements of Psycho-Analysis*, Reprint 1984., London, Karnac Books, 120 p.

BIROT Alain, DURAND-MOUISET Sylvie, BOTELLA Frédérique et LAVERGNE Philippe, 2008, *Aspects de l'ordonnance du 2 février 1945 vue par 331 mineurs*, Paris, Ministère de la justice.

BIZE Paul-René, 1958, *L'examen psychiatrique et médico-psychologique des jeunes délinquants, conceptions actuelles*, Melun, Direction de l'Education Surveillée.

BLANCHARD Véronique, 2011, « Qui sont les filles violentes dans le Paris des Trente Glorieuses ? », *Champ pénal/Penal field*, 11 juin 2011, n° 8, (coll. « Le contrôle social des femmes violentes »).

BOTBOL Michel, CHOQUET Luc-Henry et GROUSSET J, 2010, « Éduquer et soigner les adolescents difficiles: la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des

conduites. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2010, vol. 58, n° 4, p. 224-233.

BOURDIEU Pierre, 1994, *Raisons pratiques : Sur la théorie de l'action*, Paris, Points.

BOURDIEU Pierre, 1970, *La reproduction*, Paris, Edition de Minuit.

BOURGOIN Nicolas, 2014, « De l'enfance en danger aux enfants dangereux : enjeux politiques de la refonte de l'ordonnance de 1945 », *Enfances & Psy*, 20 mars 2014, N° 60, n° 3, p. 28-38.

BOURQUIN Jacques, 2007, « Sur les traces des premiers éducateurs de l'Éducation surveillée, 1937-1962 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 1 juin 2007, Hors-série.

BOURQUIN Jacques et CHAUVIERE Michel, 1998, « Tableau chronologique Justice-Santé-Education (1927-1948) », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 15 novembre 1998, Numéro 1, p. 191-199.

BOURQUIN Jacques et ROBIN Michel, 2007, « De l'Education surveillée à la Protection judiciaire de la jeunesse », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 1 juin 2007, Hors-série.

BOUTEREAU-TICHET Sylvie, JOURDAIN-MENNINGER Danièle et LANNELONGUE Christophe, 2005, *Le travail social auprès des jeunes en difficulté dans leur environnement*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.

BOUYSSIERE-CATUSSE Eliane et RAYNAUD Jean-Philippe, 2012, *Adolescents difficiles : penser et construire les partenariats*, Toulouse, Erès, 252 p.

BRODWIN Paul, 2010, « The assemblage of compliance in psychiatric case management », *Anthropology & Medicine*, août 2010, vol. 17, n° 2, p. 129-143.

BRODWIN Paul et VELPRY Livia, 2014, « The Practice of Constraint in Psychiatry: Emergent Forms of Care and Control », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1 décembre 2014, vol. 38, n° 4, p. 524-526.

BROSSARD Baptiste, 2014, *Se blesser soi-même*, Paris, Alma, 352 p.

BRUNEL Alain, 2009, « Oublier Varinard », *La revue d'action juridique et sociale. Journal du droit des jeunes*, mars 2009, n° 283, p. 7-11.

BRUSSET Bernard, 1999, « Diagnostic psychiatrique et différence du normal et du pathologique », *Encycl Méd Chir*, 1999, Psychiatrie, p. 37-102-NaN-20.

BURGESS Ernest W., 2003, « L'étude du délinquant en tant que personne », *Déviance et Société*, 1 juin 2003, vol. 27, n° 2, p. 111-130.

- BURGESS Ernest W, 1923, « The study of the delinquent as a person », *Amercian Review of Sociology*, 1923, vol. 28, n° 6, p. 657-680.
- CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, 4e édition Quadrige 1993., Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 290 p.
- CAPELIER Flore, 2013, « Rapports publics et perspectives d'évolution dans le champ de la protection de l'enfance », *Journal du droit des jeunes*, 1 novembre 2013, N° 329, n° 9, p. 24-27.
- CAPUL Maurice, 2013, « Depuis la guerre 1939-1945, des lieux pour enfants perdus », *Empan*, 2013, vol. 92, n° 4, p. 19-24.
- CARDI Coline, 2009, « Le féminin maternel ou la question du traitement pénal des femmes », *Pouvoirs*, 8 janvier 2009, vol. 128, n° 1, p. 75-86.
- CARDI Coline, 2007, « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et Société*, 1 avril 2007, Vol. 31, n° 1, p. 3-23.
- CASTEL Robert, 2013, « Citizenship and otherness: the Differential treatment of ethnic Minorities in France » dans *Dangerous others, insecure societies*, Farnham ; Burlington, Ashgate Publishing Limited, p. 13-23.
- CASTEL Robert, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, 1999^e éd., Paris, Folio.
- CASTEL Robert, 1991, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation » dans Jacques Donzelot (ed.), *Face à l'exclusion, le modèle français*, Paris, Editions Esprit, p. 137-168.
- CASTEL Robert, 1981, *La Gestion des Risques : de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- CEFAÏ Daniel et TERZI Cedric, 2012, *L'expérience des problèmes publics*, Paris, EHESS (coll. « Raisons pratiques »), vol.20.
- CHALES-COURTINE Sylvie, 2008, « De la "bosse du crime" aux expertises médico-judiciaires : une analyse socio historique de la construction sociale de la dangerosité » dans *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris, L'Harmattan, p. 23-34.
- CHALVON-DEMERSAY Sabine, 2012, « Trouble: L'écriture télévisuelle à l'épreuve d'une transformation des sensibilités morales » dans *L'expérience des problèmes publics*, Paris, EHESS (coll. « Raisons pratiques »), p. 225-257.
- CHEBILI Saïd et KREMER-MARIETTI Angèle, 2012, *Malaise Dans la Psychiatrie*, s.l., L'Harmattan, 198 p.

- CHOQUET Marie, HASSLER Christine et MORIN Délphine, 2005, *La santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*, Paris, INSERM et DPJJ.
- CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, HASSLER Christine et PARE Catherine, 1998, *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé.*, Paris, INSERM et DPJJ.
- CHOUDHURY Suparna, MCKINNEY Kelly A. et MERTEN Moritz, 2012, « Rebelling against the brain: public engagement with the “neurological adolescent” », *Social Science & Medicine* (1982), février 2012, vol. 74, n° 4, p. 565-573.
- CLARKE Adele E., 2005, *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn 1st*, Édition : 1., Thousand Oaks, SAGE Publications Ltd.
- COENEN Roland, 2004, *Eduquer sans punir : Une anthropologie de l'adolescence à risques*, Ramonville Saint-Agne, Erès (coll. « Relations »), 134 p.
- COENEN Roland, 2002, « Eduquer sans punir: Vers une approche sociothérapeutique de l'adolescence et de la délinquance », *Thérapie Familiale*, 2002, vol. 23, n° 4, p. 325-348.
- COENEN Roland, 2001, « L'exclusion est une maltraitance Clinique des adolescents difficiles. », *Thérapie Familiale*, 2001, vol. 22, n° 2, p. 133-151.
- COLEIRO Paul, GOLDZSTAUB Liliane, GUERRIER Mathias, MARTINEZ Alain, DUJARDIN Dominique et MARTY Jean-Philippe, 1991, *A la recherche des mineurs dit incasables en Alsace. Typologie sociale et judiciaire*, Colmar, Cours d'appel de Colmar et Centre d'étude et de recherche sur l'intervention sociale.
- COLLECTIF, 1993, *La Prison, c'est dehors*, Neuchâtel etc., Delachaux et Niestlé, 397 p.
- COLLECTIF AIRE, 2013, « Ces enfants, qu'est-ce qu'ils ont ? Qu'est-ce qu'on fait avec eux ? », *Empan*, 2013, vol. 92, n° 4, p. 25-31.
- COMSTOCK Edward J., 2011, « The end of drugging children: Toward the genealogy of the ADHD subject », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Winter 2011, vol. 47, n° 1, p. 44-69.
- COSTA Jean-Louis, 1949, *Note préparatoire concernant l'examen psychologique, l'examen psychiatrique, l'examen médical en centre d'observation pour mineurs délinquants*, Melun, Direction de l'Education Surveillée (coll. « dossier sur l'examen médical psychiatrique psychologique, 1949-62 »).
- COUR DES COMPTES, 2003, *La protection judiciaire de la jeunesse : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*, Paris.

COUTANT Isabelle, 2012, *Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute, 216 p.

COUTANT Isabelle, 2010, « L'origine est-elle discriminante dans la prise en charge de la déviance? Une étude dans un service de psychiatrie pour adolescents. » dans Didier Fassin (ed.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, Editions La Découverte, p. 291-313.

COUTANT Isabelle et EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2013, « The moral economy of contemporary working-class adolescence: managing symbolic capital in a French public Adolescent Centre' The moral economy of contemporary working-class adolescence: managing symbolic capital in a French public Adolescent Centre' », *British Journal of Sociology*, juin 2013, vol. 64, n° 2, p. 248-266.

DANET François, 2008, *Où va l'hôpital?*, L'époque en débat., Paris, Desclée de Brouwer.

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005, vol. 1, n° 58, p. 98-112.

DAS Veena, KLEINMAN Arthur, RAMPHELE Mamphela et REYNOLDS Pamela, 2000, *Violence and Subjectivity*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

DASSIEU Lise, 2014, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 26 juin 2014, Vol. 19, n° 3, p. 149-172.

DAVID Olivier, GRAND Éric Le et LONCLE Patricia, 2012, « Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables », *Agora débats/jeunesses*, 27 septembre 2012, N° 62, n° 3, p. 81-95.

DE AJURIAGUERRA Julian, 1980, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, 2e édition., Paris, Editions Masson, 1089 p.

DELAGE Pierre-Jérôme, 2011, « Fragments archéologiques de la défense sociale » dans *La dangerosité saisie par le droit pénal*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, p. 23-46.

DELAMARE Jean, DELAMARE-RICHE Thérèse et DELAMARE Jacques, 1996, *Le grand renfermement*, Paris, Maloine.

DELEUZE Gilles, 1990, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle » dans *Pourparlers 1972 - 1990*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 242-248.

DERBEZ Benjamin, 2010, « Négocier un terrain hospitalier », *Genèses*, 2010, vol. 1, n° 78, p. 105-120.

DESQUESNES Gillone et PROIA-LELOUEY Nadine, 2011, « Sociétés et jeunesses en difficulté », *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, automne 2011, n° 12.

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE, 2007, *Plan stratégique nationale 2008/2011*, s.l.

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE et DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2007, *Contrat-cadre de partenariat en santé publique*, Paris.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS et DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE, 2002, *Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté*, s.l.

DONZELOT Jacques, 2013, « City, Insecurity and citizenship: the emergence of social cohesion policies » dans *Dangerous others, insecure societies*, Farnham ; Burlington, Ashgate Publishing Limited, p. 23-39.

DORON Claude-Olivier, 2016, « Félix Voisin and the genesis of abnormals », *History of psychiatry*, 2016, In press.

DORON Claude-Olivier, 2015a, « Une expérimentation pour réduire les incarcérations des personnes en grande précarité présentant des troubles psychotiques sévères », *Rhizome*, avril 2015, n° 56, p. 17-18.

DORON Claude-Olivier, 2015b, « L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, 13 février 2015, 61e année, n° 1, p. 3-16.

DORON Claude-Olivier, 2011, *Races et dégénérescence. L'émergence des savoirs sur l'homme anormal.*, History, philosophy and sociology of sciences, Université Paris-Diderot- Paris VII, Paris, 1521 p.

DOUARD Olivier et LONCLE Patricia, 2012, « Introduction: Les jeunes vulnérables dans les politiques locales sociales et de santé », *Agora débats/jeunesses*, 2012, vol. 62, n° 3, p. 45.

- DOUGLAS Mary, 2005, *De la souillure : Essais sur les notions de pollution et de tabou*, s.l., Editions La Découverte, 205 p.
- DROSSART F, 2002, « Approches psychothérapiques de la violence », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, novembre 2002, vol. 50, n° 6-7, (coll. « La violence. Sources et devenir. Journées nationales de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »), p. 542-545.
- DUBET François, 2002, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- DUBET François, 1992, « A propos de la violence et des jeunes », *Cultures & Conflits*, 16 juillet 1992, n° 6, p. 7-24.
- DUBLANC Soeur, 1969, « Isolement: rôle préventif et curatif de l'isolement en centre d'observation pour adolescentes inadaptées », *Revue Neuropsychiat infant*, 1969, vol. 17, n° 1-2, p. 27-43.
- DUMAY Sophie, 2000, « Élaboration d'un réseau pour "adolescents difficiles" », *Enfances & Psy*, 2000, vol. 12, n° 4, p. 144-147.
- DURKHEIM Emile, 1897, *Le suicide : Etude de sociologie*, 2007^e éd., Paris, Presses Universitaires de France - PUF (coll. « Quadrige »), 463 p.
- DUVERGER P., PICHEROT G., CHAMPION G. et DRENO L., 2006, « Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent », *Archives de Pédiatrie*, juin 2006, vol. 13, n° 6, p. 819-822.
- EHRENBERG Alain, 2004, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », 1 mars 2004, vol. 1, n° 1, p. 77-88.
- EIDELIMAN Jean-Sébastien et BELIARD Aude, 2006, « Ethnographie, longue durée et standardisation », *IDEES. La revue des sciences économiques et sociales*, mars 2006, vol. 153.
- EMERSON Robert M. et MESSINGER Sheldon L., 1977, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems*, décembre 1977, vol. 25, n° 2, p. 121-134.
- EY Henri, BERNARD P et BRISSET C, 1967, *Manuel de psychiatrie*, Troisième édition revue et complétée., Paris, Masson.
- EYRAUD Benoît, 2013, *Protéger et rendre capable. La considération sociale des personnes très vulnérables.*, Paris, Erès, 438 p.

- FAINSILBER Liliane, 2008, « Quand un psychanalyste, au temps de Freud, s'intéressait aux questions de la délinquance » dans *Le livre bleu d'une psychanalyste*, Paris, De Boeck Supérieur (coll. « Oxalis »), p. 145-146.
- FASSIN Didier, 2015, *La force de l'ordre : Une anthropologie de la police des quartiers*, Paris, Points.
- FASSIN Didier, 2004, *Des maux indicibles : Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- FASSIN Didier et MEMMI Dominique, 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 269 p.
- FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, 2007, *L'Empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- FASSIN Eric, 2010, « Statistiques raciales ou racites? Histoire et actualité d'une controverse française » dans Didier Fassin (ed.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, Editions La Découverte, p. 427-454.
- FAULKNER Robert R et BECKER Howard S, 2008, « Studying something you are part of: the view from the bandstand », *Ethnologie Française*, 2008, vol. 38, n° 1, p. 15-21.
- FAURE Sonya, 2014, « Catherine Sultan : «Le jeune doit être confronté plus rapidement à la justice» », *Libération*, 22 sept. 2014 p.
- FAVEREAU Sylvain, 2013, « Les itep, des croisades à nos jours... », *Empan*, 2013, vol. 92, n° 4, p. 15-18.
- FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, 2003, *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Paris, John Libbey Eurotext.
- FORGET Jean Marie, 2004, « Violences et dangerosité ordinaires à l'adolescence », *Journal français de psychiatrie*, 2004, n°23, n° 3, p. 14-17.
- FOUCAULT Michel, 1994, *Dits et Ecrits, 1954-1988*, Paris, Editions Gallimard, vol.3 (1976-1979), 834 p.
- FOUCAULT Michel, 1978, « L'évolution de la notion d' "individu dangereux" dans la psychiatrie légale du XIXe siècle » dans *Dits et écrits, 1954-1988*, Paris, Editions Gallimard, vol.3 (1976-1979), p. 443-464.
- FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1974, *Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil.

- FOUCAULT Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1982^e éd., Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, 8e édition., Paris, Presses Universitaires de France - PUF.
- FRIARD Dominique, 2011, « De la contention à la contenance: comment penser le soin? », *Santé Mentale*, avril 2011, n° 157, p. 6.
- GAILLARD Bernard, 2014, *Adolescents difficiles, tous différents, certains délinquants*, Saarbrücken, Editions Universitaires Europeennes, 92 p.
- GALLAND Olivier, 2010, « Introduction. Une nouvelle classe d'âge ? », *Ethnologie française*, 18 janvier 2010, Vol. 40, n° 1, p. 5-10.
- GANSEL Yannis, 2010, « Les « Bed-blockers » sont-ils les bons patients de la médecine d'urgence ? » dans *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Seli Arslan, p. 189-199.
- GANSEL Yannis, 2006, « Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : un regard anthropologique », *L'information psychiatrique*, 1 décembre 2006, Volume 82, n° 10, p. 811-815.
- GANSEL Yannis et DANET François, 2007, « Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine [Beyond the crisis in psychiatry and its defensive deadlocks] », *Information Psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 4, p. 303-310.
- GANSEL Yannis, DANET François et RAUSCHER Catherine, 2010, « Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study », *Social Science and Medicine*, 2010, vol. 70, n° 4, p. 501-508.
- GANSEL Yannis et LÉZÉ Samuel, 2015, « Physical constraint as Psychological holding : Mental-Health Treatment for Difficult and Violent Adolescents in France », *Social Science and Medicine*, 2015, vol. 143, p. 329-335.
- GANSEL Yannis et PETROUCHINE Roman, 2015, « Les précarités sont-elles à l'essence des sujets souffrants ? », *Enfances & Psy*, 23 septembre 2015, vol. 67, n° 3, p. 32-41.
- GARDET Mathias, 2002, « Ker Goat/Belle-Île : deux centres mythiques », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 15 novembre 2002, Numéro 4, p. 157-168.
- GASPAR Jean-François, 2012, *Tenir !*, Paris, La Découverte, 297 p.
- GASTAUT Yvan, 2008, « Le sport comme révélateur des ambiguïtés du processus d'intégration des populations immigrées. », *Sociétés contemporaines*, 3 mars 2008, vol. 69, n° 1, p. 49-71.

- GEAY Bertrand, 2003, « Du « cancre » au « sauvageon » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 septembre 2003, n° 149, n° 4, p. 21-31.
- GENARD Jean-Louis, 2009, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance » dans *Destins politiques de la souffrance*, Paris, ERES (coll. « Sociologie clinique »), p. 27-45.
- GIRAUD Michel, 2005, « Le travail psychosocial des enfants placés », *Déviance et Société*, 2005, vol. 29, n° 4, p. 463-485.
- GIRET Geneviève, 1991, « Les adolescents criminels » dans *Journée des cliniciens*, Vaucresson, Service d'études du CFEPJJ.
- GIUDICELLI-DELAGE Geneviève et LAZERGES Christine, 2011, *La dangerosité saisie par le droit pénal*, 1^{re} éd., Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 224 p.
- GIULIANI Frédérique et LAFORGUE Denis, 2011, « Choix-liberté, choix-responsabilité et choix-autonomie : de l'idéologie politique aux formes pratiques », *Lien social et Politiques*, 1 janvier 2011, n° 66, (coll. « Services publics à la carte ? Le choix comme valeur sociale (French) »), p. 19-37.
- GOFFETTE Jérôme, 2006, *Naissance de l'anthropotechnie : De la médecine au modelage de l'humain*, Paris, Librairie Philosophique Vrin.
- GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles*, Paris, Editions de Minuit.
- GOLDSTEIN Jan, 1997, *Consoler et classifier: L'essor de la psychiatrie française*, Empêcheurs de Penser en Rond., Le Pleiss Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- GOOD Byron, 1999, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? : Médecine, rationalité et vécu*, Le Pleiss Robinson, Empêcheurs Penser en Rond, 423 p.
- GRANVAL Daniel, 2003, *Adolescents difficiles, établissements et aide sociale : comment améliorer ? Vers une mutation de l'accompagnement éducatif des adolescents*, Paris, Editions L'Harmattan, 286 p.
- GUERARD DE LATOUR Sophie, 2010, « Pluralisme et relations interethniques. Le cas du racisme républicain », *Raison Publique*, 2010, n° 13, p. 215-242.
- GUERARD DE LATOUR Sophie, 2009, « Le multiculturalisme, un projet républicain? », *Les Ateliers de l'Éthique*, 2009, n° 2, p. 43.
- GUSFIELD Joseph R., 1989, « Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State », *Social Problems*, décembre 1989, vol. 36, n° 5, p. 431-441.

HACKING Ian, 2008, *Entre science et réalité : La construction sociale de quoi ?*, Paris, Editions La Découverte.

HACKING Ian, 2002, *Les Fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond.

HACKING Ian, 2000, *L'âme réécrite : Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.

HAGEGE Meoïn, à paraître, *Trajectoires de soins de détenus*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris.

HAMAD Nazir, 2011, « Épilogue », *Psychanalyse*, 1 août 2011, p. 99-135.

HEJTMANEK Katherine, 2014, « Practicing and Resisting Constraint: Ethnography of "Counter Response" in American Adolescent Psychiatric Custody », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 19 septembre 2014, vol. 38, n° 4, p. 578-596.

HEJTMANEK Katherine, 2010, « Caring through restraint: violence, intimacy and identity in mental health practice », *Culture, Medicine and Psychiatry*, décembre 2010, vol. 34, n° 4, p. 668-674.

HELFTER Caroline, 2005, « Centres éducatifs fermés : et après ? », *Informations sociales*, 1 novembre 2005, vol. 127, n° 7, p. 15-16.

HENCKES Nicolas, 2014, « Learning Constraint. Exploring Nurses' Narratives of Psychiatric Work in the Early Years of French Community Psychiatry », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 16 septembre 2014, vol. 38, n° 4, p. 597-617.

HOCHMANN Jacques, 2013, *Histoire de la psychiatrie*, Édition : 3e édition., Paris, Presses Universitaires de France - PUF.

HOCHMANN Jacques, 1981, « La peur du fou », *Santé mentale au Québec*, 1981, vol. 6, n° 1, p. 3.

HOUILLON G., LE BORGNE M, HOUILLON P et GRIFFIE S, 1976, « La dualité contenant contenu chez le schizophrène. Valeur symbolique de certains signes de début dans le pronostic lointain de la schizophrénie. [The dualism container-content in schizophrenia. Symbolic value of some initial signs in a long term prognosis of schizophrenia] », *Annales Medico-Psychologiques*, 1976, 134 II, n° 5, p. 820-824.

HOUSSIER Florian, 2004, « Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse : August Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XXème siècle », *Revue d'histoire*

de l'enfance « irrégulière », 15 novembre 2004, Numéro 6, (coll. « Les sciences du psychisme et l'enfance "irrégulière" »).

HUGHES Everett C., 1997, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 344 p.

INES Maria, 2007, « La prise en charge des mineurs en difficulté, une question éminemment politique », *Mouvements*, 2007, vol. 49, n° 1, p. 82.

JAMOUS Haroun, 1969, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 258 p.

JEAMMET Philippe, 2002, « Violence at adolescence: An identity crisis [La violence à l'adolescence: Une défense identitaire] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2002, vol. 50, n° 6-7, p. 434-441.

JEANNE Yves, 2006, « August Aichhorn. Prendre en compte la « jeunesse à l'abandon » », *Reliance*, 23 mars 2006, vol. 18, n° 4, p. 132-139.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle et STROHL-MAFFESOLI Hélène, 2004, *Enquête sur la prise en charge et la prévention des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.

JURMAND Jean-Pierre, 2007, « Une histoire de milieu ouvert », *Les Cahiers Dynamiques*, 2007, vol. 40, n° 1, p. 22.

JURMAND Jean-Pierre, 2004, « Bize : un médecin à l'Éducation surveillée ou les sciences de l'observation entre archaïsme et modernité (1946-1955) », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 15 novembre 2004, Numéro 6, (coll. « Les sciences du psychisme et l'enfance "irrégulière" »).

KAËS René, FUSTIER Paul, ENRIQUEZ Eugène, ROUSSILLON René et VIDAL Jean-Pierre, 1993, *L'institution et les institutions - Études psychanalytiques*, 2012^e éd., Paris, Dunod, 240 p.

KAËS René, MISSENARD André, ANZIEU Didier, KASPI André et GUILLAUMIN Jean, 1991, *Crise, rupture et dépassement*, 2013^e éd., Paris, Dunod, 336 p.

KERR Jean-François, VERDIER Pierre, CAPELIER Flore et RONGE Jean-Luc, 2013, « Protection de l'enfance : quelles nécessaires évolutions ? », *Journal du droit des jeunes*, 2013, vol. 329, n° 9, p. 29-42.

- KINOO P., 2008, « Enfant, contenance et contention (Child, psychological contain and physical restraint) », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2008, vol. 56, n° 3, p. 117-121.
- KLEINMAN Arthur, 2000, « The violences of everyday life » dans *Violence and subjectivity*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, p. 226-241.
- KOKOREFF Michel, 2007, « Préface » dans *Les barjots : Essai d'ethnologie des bandes de jeunes*, Paris, Hachette, p. I-XXV.
- KREISS Estelle, 2010, « De l'obéissance à la loi à la soumission à la norme : l'action éducative structurée par les activités de jour », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 29 mars 2010, vol. 78, n° 4, p. 87-96.
- LACADEE Philippe, 2006, « Faire tourner l'usage du sujet », *Vacarme*, 1 avril 2006, vol. 35, n° 2, p. 82-85.
- LADSOUS Jacques et ANKER Michelle, 2012, « On l'appelait Tom », *VST - Vie sociale et traitements*, 21 juin 2012, vol. 114, n° 2, p. 99-105.
- LAFORE Robert, 2011, « Les mutations institutionnelles de la protection de l'enfance : sens et portée », *Les Cahiers Dynamiques*, 1 mai 2011, vol. 49, n° 4, p. 16-26.
- LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2e édition Quadrige, 1998., Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 523 p.
- LAZERGES Christine et BALDUYCK Jean-Pierre, 1998, *Rapport de la Mission interministérielle sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs*, Paris.
- LE CAISNE Léonore, 2008, « Incarcérer un mineur : de la personnalité de l'adolescent aux enjeux identitaires des magistrats », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2008, vol. 124, n° 1, p. 103.
- LE COLLECTIF PAS DE 0 DE CONDUITE (ed.), 2006, *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans !*, Paris, ERES, 240 p.
- LE GOAZIOU Véronique et MUCCHIELLI Laurent, 2009, « Contribution à l'analyse de la « violence des mineurs » », *Adolescence*, 23 octobre 2009, vol. 68, n° 2, p. 415-429.
- LE MOAL Paul, 1969, « A propos des adolescentes très difficiles. », *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 1969, vol. 17, n° 8, p. 473-477.

LE MOIGNE Philippe, 2014, « La santé mentale comme philosophie politique. La psychologie du soi et le progrès social », *L'Évolution Psychiatrique*, octobre 2014, vol. 79, n° 4, p. 683-695.

LE MOIGNE Philippe, 2010, « Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis », *Sciences sociales et santé*, 1 mars 2010, Vol. 28, n° 1, p. 81-108.

LEGENDRE Pierre, 1989, *Le crime du caporal Lortie. Traité sur le père*, Paris, Fayard, 186 p.

LEZE Samuel, 2010, *L'autorité des psychanalystes*, 1^{re} éd., Paris, Presses Universitaires de France - PUF.

LOVELL Anne M., PANDOLFO Stefania, DAS Veena et LAUGIER Sandra, 2013, *Face aux désastres. Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*, Paris, Les Editions d'Ithaque, 208 p.

LOVELL Anne M. et RHODES Lorna A., 2014, « Psychiatry with Teeth: Notes on Coercion and Control in France and the United States », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 14 novembre 2014, vol. 38, n° 4, p. 618-622.

MARTUCCELLI Danilo, 2014, « Néolibéralisme » dans *Dictionnaire des risques psycho-sociaux*, Paris, Seuil, p. 501-503.

MARTY François, 2006, « L'adolescence dans l'histoire de la psychanalyse », *L'Évolution Psychiatrique*, juin 2006, vol. 71, n° 2, p. 247-258.

MASSE Raymond, 2010, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 14 octobre 2010, n° 1.

MAUSS Marcel, 1906, *Oeuvres, tome 1 : Les Fonctions sociales du sacré*, 1 mars 1968., Paris, Les Editions de Minuit, 700 p.

MBANZOULOU Paul, BAZEX Hélène, RAZAC Olivier et ALVAREZ Josefina, 2008, *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris, L'Harmattan.

MELMAN Charles, 2009, *La nouvelle économie psychique : La façon de penser et de jouir aujourd'hui*, Toulouse, Erès, 238 p.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2000, *La prise en charge des mineurs en grande difficulté. Actes du séminaire Santé Justice, 25 et 26 mai 2000.*, Paris, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités.

- MINTZBERG Henry, 1998, *Structure et dynamique des organisations*, s.l., Editions d'Organisation, 440 p.
- MISES Roger, 1977, « Problèmes posés par les adolescents difficiles. Journées d'étude de l'Aide Sociale à l'Enfance. », *Information Psychiatrique*, 1977, vol. 53, n° 2, p. 119-125.
- MOLINIER Pascale, 2011, « Éditorial », *Travailler*, 1 mars 2011, n° 24, n° 2, p. 5-7.
- MUCCHIELLI Laurent, 2009, « Note statistique de (re)cadre sur la délinquance des mineurs », *Journal du droit des jeunes*, 1 janvier 2009, vol. 281, n° 1, p. 19-24.
- MUCCHIELLI Laurent, 2008, « Une société plus violente ? Une analyse socio-historique des violences interpersonnelles en France, des années 1970 à nos jours », *Déviance et Société*, 2008, vol. 32, n° 2, p. 115-147.
- MUCCHIELLI Laurent, 2002a, « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles » », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2002, vol. 2, n° 3, p. 161-184.
- MUCCHIELLI Laurent, 2002b, « Tardomania ? Réflexions sur les usages contemporains de Tarde. », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2002, n° 3, p. 57-88.
- MUCCHIELLI Laurent, 2001, *Violence et insécurité : fantasmes et réalités dans le débat français*, Paris, La Découverte, 141 p.
- MUCHEMBLED Robert, 2008, *Une histoire de la violence : De la fin du Moyen-Age à nos jours*, Paris, Seuil.
- MUEL Francine, 1975, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, vol. 1, n° 1, p. 60-74.
- MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline et THALINEAU Alain, 2012, « Accompagner les jeunes vulnérables : catégorisation institutionnelle et pratiques de la relation d'aide », *Agora débats/jeunesses*, 27 septembre 2012, N° 62, n° 3, p. 97-110.
- MYQUEL Martine, 2002, « Aspects psychopathologiques de la violence », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, novembre 2002, vol. 50, n° 6-7, (coll. « La violence. Sources et devenir. Journées nationales de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »), p. 413-418.
- NAEPELS Michel, 2006, « Quatre questions sur la violence », *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, 30 mars 2006, n° 177-178, p. 487-496.

NOËL Janine, BOUCHARD Françoise, WOLF Anne et SOULE Michel, 1965, « Les adolescentes très difficiles », *Psychiatrie de l'Enfant*, 1965, vol. 8, n° 2, p. 303-390.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2012, *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Rapport final.*, s.l., Etude conjointe CREAL Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie.

OHAYON Annick, 2006, « La psychologie clinique en France, éléments historiques. », *Connexions*, 2006, vol. 1, n° 85, p. 9-24.

OHAYON Annick, CARROY Jacqueline et PLAS Régine, 2006, *Histoire de la psychologie en France : XIXe-XXe siècles*, Paris, Editions La Découverte.

O'SHAUGHNESSY Roy J, 2004, « Violent Adolescents: Psychiatry, Philosophy, and Politics », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2004, vol. 32, n° 1, p. 12-20.

PATEL Vikram, FLISHER Alan J., HETRICK Sarah et MCGORRY Patrick, 2007, « Mental health of young people: a global public-health challenge », *Lancet (London, England)*, 14 avril 2007, vol. 369, n° 9569, p. 1302-1313.

PATTARONI Luca, 2011, « Le care est-il instituable? Quand la "politique du care" émousse son éthique. » dans Patricia Paperman et Sandra Laugier (eds.), *Le souci des autres : Ethique et politique du care*, Édition revue et augmentée., Paris, Editions de l'Ecole Pratiques de Hautes Etudes en Sciences Sociales, p. 209-236.

PATTEGAY Patrice, 2001, « L'actuelle construction, en France, du problème des jeunes en errance. », *Déviance et Société*, 1 septembre 2001, vol. 25, n° 3, p. 257-277.

PEDROT Philippe, 2002, « Libres propos sur la démocratie sanitaire », *Petites Affiches*, 19 juin 2002, vol. 122, n° 5-9.

PETROUCHINE Roman, 2008, *Le psychiatre et l'enfant délinquant: considérations épistémologiques et sociopolitiques sur le trouble des conduites*, Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, Lyon, France, 207 p.

PIEL Eric et ROELANDT Jean-Luc, 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

PIERRE Eric, 2008, « La colonie agricole de Mettray : établissement pénitentiaire et établissement d'assistance (1839-1937) », *Histoire et sociétés : revue européenne d'histoire sociale*, avril 2008, n° 25, p. 84.

- PINEL Jean-Pierre, 2007, « Le traitement institutionnel des adolescents violents », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2007, vol. 48, n° 1, p. 109-122.
- POPPER Karl R., 1958, *La logique de la découverte scientifique*, 1976^e éd., Paris, Payot.
- POSTEL Jacques, 1998, *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*, Empêcheurs Penser en Rond., Le Pleiss Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- POSTEL Jacques, QUETEL Claude et COLLECTIF, 2009, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod.
- PREMUDA Louis, 1999, « La naissance des spécialités » dans *Histoire de la pensée médicale en Occident: du romantisme à la science moderne.*, Paris, Seuil, vol. 3/3, p. 253-269.
- RAVON Bertrand, 2008, « Souci du social et action publique sur mesure », *SociologieS*, 30 octobre 2008.
- RAVON Bertrand, 2000, *L'échec scolaire. Histoire d'un problème public*, Paris, In Press, 380 p.
- RAVON Bertrand et ION Jacques, 2012, *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.
- RAVON Bertrand et LAVAL Christian, 2015, *L'aide aux « adolescents difficiles » : Chroniques d'un problème public*, Paris, Erès, 187 p.
- RAVON Bertrand et LAVAL Christian, 2014, « De l'adolescence aux adolescents dits "difficiles" : dynamiques d'un problème public » dans *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 221-231.
- RAVON Bertrand et LAVAL Christian, 2012, *Vulnérabilité et institution; 30 ans de dispositifs de prise en charge des adolescents dits « difficiles »*, Lyon, ANR-MIRE (coll. « Vulnérabilités XX^e Siècle »).
- RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET Pierre, 2014, « Epreuve de professionnalité » dans *Dictionnaire des risques psycho-sociaux*, Paris, Seuil, vol. 1/, p. 268-272.
- REVILLARD Anne, 2013, « Administration » dans *Dictionnaire Genre et Sciences Politiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 43-55.
- REY Alain (ed.), 2005, *Dictionnaire culturel en langue française*, Dictionnaire le Robert., Paris.
- REY Roselyne, 1997, « L'âme, le corps et le vivant » dans *Histoire de la pensée médicale en occident: de la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, vol. 3/2, p. 117-156.
- RHODES Lorna, 2004, *Total Confinement: Madness and Reason in the Maximum Security Prison*, Illustrated edition., Los Angeles, University of California Press.

- ROBIN Marion et RECHTMAN Richard, 2014, « Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence », *L'Évolution Psychiatrique*, janvier 2014, vol. 79, n° 1, p. 95-108.
- ROMAN Pascal, 2010, « Une approche psychanalytique de la notion de dangerosité. Violence et subjectivation : le risque de la rencontre », *L'Évolution Psychiatrique*, janvier 2010, vol. 75, n° 1, p. 139-151.
- ROSSIGNOL Christian, 1998, « Quelques éléments pour l'histoire du "Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral" de 1943 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 15 novembre 1998, Numéro 1, p. 21-39.
- ROUDINESCO Elisabeth et PLON Michel, 2011, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Le Livre de Poche, 1810 p.
- ROUMAISON Yves, 1989, *Enfants perdus, enfants punis*, Paris, Robert Lafond.
- ROUSSON Patricia, 2008, « Zoom sur le projet stratégique national 2008/2011 », *Les Cahiers Dynamiques*, 1 septembre 2008, vol. 42, n° 2, p. 9-10.
- RUFO Marcel et JOYEUX Maurice, 2004, *Santé, adolescence et familles : Rapport préparatoire à la conférence de la famille*, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- SAGET Estelle, 2009, « Autisme: le traitement qui choque », *L'Express*, 17 juin 2009 p.
- SALLEE Nicolas, 2009, « Une clinique de l'ordre: examen des controverses autour de l'ordonnance du 2 février 1945 », *Vacarme*, automne 2009, vol. 49.
- SALLES Alain, 2009, « Catherine Kokoszka, directrice départementale de la protection judiciaire de la jeunesse : "Tout allait trop vite" », *Le Monde*, 4 nov. 2009 p.
- SAUKKO Paula, 2003, « Genealogical analysis » dans *Doing Research in Cultural Studies: An Introduction to Classical and New Methodological Approaches*, London ; Thousand Oaks, Calif, SAGE Publications Ltd, p. 115-134.
- SCHOSTECK Jean-Pierre et CARLE Jean-Claude, 2002, *Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs*, Paris, Sénat.
- SCOTT Joan W., 2012, *De l'utilité du genre*, Paris, Fayard, 300 p.
- SICOT François, 2010, « Décider d'une orientation ou d'une adaptation scolaire. Eléments pour une analyse d'un dispositif de jugement », Nice.

- SICOT François, 2009, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, 17 décembre 2009, vol. 75, n° 3, p. 53-60.
- SICOT François, 2007, « Déviations et déficiences juvéniles : pour une sociologie des orientations », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, novembre 2007, vol. 1, n° 1, p. 43-60.
- SPECTOR Malcolm et KITSUSE John I., 1973, « Social Problems: A Re-Formulation », *Social Problems*, octobre 1973, vol. 21, n° 2, p. 145-159.
- SPINNEY Laura, 2008, « Packing therapy for autism », *The Lancet*, 7 mars 2008, vol. 371, n° 9614, p. 724.
- STOLER Ann, 2008, *Along the Archival Grain: Epistemic Anxieties and Colonial Common Sense*, Princeton, Princeton University Press.
- STRAUSS Anselm Leonard, 1992, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Editions L'Harmattan (coll. « textes réunis par Isabelle Baszanger »), 317 p.
- STRAUSS Anselm Leonard, BUCHER Bue, EHRLICH Danuta et SABSHIN Melvin, 1963, « The hospital and its negotiated order » dans Eliot Freidson (ed.), *The hospital in modern society*, New York, The Free Press (coll. « Eliot Freidson »), p. 147-168.
- SWAIN Gladys, 1977, *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*, 1997^e éd., Paris, Calman-Lévy.
- THOMAS Hélène, 2010, *Les vulnérables : La démocratie contre les pauvres*, Editions du Croquant., Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 254 p.
- THOMAZEAU Anne, 2007, « Violence et internat : les centres de rééducation pour filles, en France, de la Libération au début des années 1960 », *Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière*, 2007, n° 9, p. 107-125.
- TILTON Jennifer, 2010, *Dangerous or Endangered?*, New York and London, New York University Press, 296 p.
- TOLEDO Roberto Domingo, 2012, « Un autre regard sur la violence des jeunes de "double culture" stigmatisée dans les institutions françaises », *Revue camerounaise de psychologie clinique*, 2012, n° 3, (coll. « Violence(s) »), p. 99-116.
- TOMKIEWICZ Stanislaw, 1986, « Adolescence difficile et pédagogie curative », 1986.

TOSCANI-MERLE Charlotte, 2004, « La construction de la profession de psychologue dans le champ de la Justice des mineurs », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*. *Le Temps de l'histoire*, 15 novembre 2004, Numéro 6, p. 153-184.

TRAUBE Raymond et VILLAT Jean-Marie, 2003, « Complémentarité et crise entre directeur et pédopsychiatre dans l'accompagnement institutionnel d'enfants difficiles », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2003, vol. 51, n° 5, p. 257-264.

UZAN Georges, 1973, *Proposition pour un « complexe éducatif » destiné aux « mineurs difficiles » relevant de la protection judiciaire*, Paris, Tribunal de Grande Instance.

VARINARD André, 2008, *Commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants. Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la justice pénale des mineurs*, Paris, Ministère de la Justice.

VASSY Carine, 2001, « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health & Illness*, 2001, vol. 23, n° 5, p. 615-632.

VELPRY Livia, 2008, *Le quotidien de la psychiatrie : Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin.

VELPRY Livia et EYRAUD Benoît, 2014, « Confinement and Psychiatric Care: A Comparison Between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 16 septembre 2014, vol. 38, n° 4, p. 550-577.

VILLANI Virginia S et SHARFSTEIN Stephen S, 1999, « Evaluating and treating violent adolescents in the managed care era », *American Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 156, n° 3, p. 458-464.

VIOLET-CHARTIER Laetitia, 2011, « Adolescents dits difficiles et illettrisme », *Empan*, 1 avril 2011, vol. 81, n° 1, p. 52-58.

VITIELLO Audric, 2011, « L'enfant dans la modernité : entre mineur en danger et mineur dangereux. » dans *La dangerosité saisie par le droit pénal*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, p. 79-90.

VRANCKEN Didier, 2012, « Le travail social serait-il devenu une profession ? Quand la « prudence » s'invite au cœur d'un vieux débat », *Pensée plurielle*, 30 novembre 2012, vol. 30-31, n° 2, p. 27-36.

VRANCKEN Didier, 2009, « Politiques de la souffrance, politiques du vivant : quand les corps « parlent » de la souffrance » dans *Destins politiques de la souffrance*, Paris, Erès, p. 61-76.

- VUATTOUX Arthur, 2014, « Adolescents, adolescentes face à la justice pénale », *Genèses*, 29 octobre 2014, vol. 4, n° 97, p. 47-66.
- WELLER Jean-Marc, 2010, « Comment les agents se soucient-ils des usagers ? », *Informations sociales*, 2010, n° 158, n° 2, p. 12-18.
- WELLER Jean-Marc, 2007, « La disparition des bœufs du Père Verdon. Travail administratif ordinaire et statut de la qualification », *Droit et société*, 2007, n°67, n° 3, p. 713-755.
- WELLER Jean-Marc, 1990, « Sociologie d'une transaction : une caisse de retraite et ses usagers », *Société contemporaine*, 1990, vol. 3, n° 3, p. 81-94.
- YOUF Dominique, 2012, « Protection de l'enfance et droits de l'enfant », *Etudes*, 3 janvier 2012, Tome 415, n° 12, p. 617-627.
- YOUF Dominique, 2008, « Éducation, clinique et sanction pénale dans la prise en charge des mineurs délinquants », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, n° 72, n° 2, p. 83-90.
- YOUF Dominique, 2003, « Le nouveau droit pénal des mineurs », *Le Débat*, 1 novembre 2003, vol. 127, n° 5, p. 104-119.
- YVOREL Jean-Jacques, 2008, « Quelques figures de la dangerosité juvénile : regard historique » dans *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris, L'Harmattan, p. 54-63.
- ZARETSKY Eli, 2009, *Le siècle de Freud : Une histoire sociale et culturelle de la psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- ZEILLER Bernard et LAINE Tony, 1991, *Morbidité psychopathologique des enfants et adolescents criminels*, Montrouge, INSERM et Conseil de la recherche du Ministère de la Justice.
- ZEILLER Bernard, TOMKIEWICZ Stanislaw et FINDER Joe, 1973, « Le devenir du délinquant juvénile: à propos de 108 adolescents très difficiles, soignés et éduqués dans un foyer de semi liberté. », *Hygiène Mentale*, 1973, vol. 62, n° 2, p. 33-58.
- ZUMKELLER Michel et WARSMAN Jean-Luc, 2009, *Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures sous main de justice*, Paris, Assemblée Nationale.

ANNEXE 1 : PRINCIPAUX ACTEURS DU TERRAIN ETHNOGRAPHIQUE

Membres permanents et venus présenter

Pseudonyme	Fonction
Karim Amzaoui	Directeur d'établissement associatif agréé par l'ASE
Rémy Boissier	Psychiatre, chef de service hospitalier pour adolescent
Youcef Chourfi	Directeur d'établissement associatif agréé par l'ASE
Bénédicte Cristin	Directrice d'établissement public PJJ
Corinne Derbak-Thomas	Assistante de Mme Poncet
Gabrielle Dumont	Psychiatre, praticien d'un service hospitalier pour adolescents
Laurent Echartier	Responsable d'équipe en milieu ouvert PJJ
Marc Favier	Chef de service au FDF
Professeur Denis Fontaine	Professeur de psychiatrie, chef de service ayant formé le Dr Boissier
Charles Giraud	Directeur d'établissement associatif agréé ASE
Nicole Ivernois	Magistrat pour enfants
Benoît Jacquemont	Psychiatre
Amandine Lepin	Assistante sociale à l'hôpital pédiatrique
Janine Levrant	Assistante sociale à l'Education Nationale
Luc	Educateur dans l'établissement de Mr Amzaoui
Raphaëlle Maillet	Conseillère technique à la direction régionale de la PJJ
Alain Nogent	Directeur d'établissement associatif agréé par l'ASE
Françoise Olivier	Directrice d'établissement associatif agréé par l'ASE
Oualid	Educateur au FDF
Julie Philipon	Assistante sociale à la MDPH
Ghislaine Poncet	Directrice de la protection de l'enfance au Conseil Général
Valérie Quentin	Conseillère technique à la direction régionale de la PJJ

Adolescents et enfants présentés

Pseudonyme	Age (ans)
Anis Özdemir	16
Augustine Ndoumbè	14
Aysu Gülenay	16
Clara Dupuis	14
Emily Fofana	16
Farid Toumi	15
Gwenaëlle Boyer	15
Harmony Deville	14
Hind Guenifi	15
Jérôme Cissé	11
Kilian Michel	16
Laïs Mahloul	16
Marguerite Ben Yahia	15
Mohamed Nasri	14
Olivier Ricci	16
Ouria Boualah	16
Ryan Laïeb	12
Samir Gharbi	14
Samuel Roux	15
Sarah Dridi	7
Sofia Bensalem	16
Sofian Attia-Kacimi	13
Tarik Chebli	17
Vanessa Joly	16
Vincent Masson	17
Virgile Koumba	16
Yanis Mekki	9

ANNEXE 2: CORPUS INITIAL SUR LES ADOLESCENTS DIFFICILES

Requête bibliographique

Modalité de requête sur Scopus : (« adolescent* » AND « difficil* » in abstract, title, keywords AND « French » in language)

Date de la requête : le 14 décembre 2011.

Total : 30 items.

Présentation du corpus en trois périodes (13 items inclus)

Emergence (1969-1977)

Le Moal P. A propos des adolescentes très difficiles. Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance. 1969;17(8):473-7.

Zeiller B, Tomkiewicz S, Finder J. Le devenir du délinquant juvénile: à propos de 108 adolescents très difficiles, soignés et éduqués dans un foyer de semi-liberté. HYG.MENT. 1973;62(2):33-58.

Mises R. Problèmes posé par les adolescents difficiles. Journées d'étude de l'Aide Sociale à l'Enfance. Information Psychiatrique. 1977;53(2):119-25.

Sangline GM. Problèmes posé par les adolescents difficiles. Journées d'étude de l'Aide Sociale à l'Enfance. II. Synthèse des journées régionales préparatoires. Information Psychiatrique. 1977;53(2):125-39.

Zeiller B. Les adolescents difficiles. Soins. Psychiatrie. 1985;(54):17-20.

Intervalle sans occurrence (1985-1999)

Réactivation (après 2000)

Dumay S. Élaboration d'un réseau pour «adolescents difficiles». Enfances et Psy. 2000;12(4):144-7.

Coenen R. L'exclusion est une maltraitance. Clinique des adolescents difficiles. Therapie Familiale. 2001;22(2):133-51.

Pionnie N, Laudrin S, Epelbaum C. Processus de séparation et adolescence difficile: La place dans l'institution. Annales Medico-Psychologiques. 2001;159(10):692-6.

Traube R, Villat J-M. Complémentarité et crise entre directeur et pédopsychiatre dans l'accompagnement institutionnel d'enfants difficiles. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2003;51(5):257-64.

Babonneau M. L'adolescent difficile et ses parents de Kati Varga. Revue Française de Psychanalyse. 2009;73(2):585-8.

Oppenheim D. Aider les adolescents difficiles à se confronter au cancer et à eux-mêmes. Psycho-Oncologie. 2009;3(4):256-7.

Botbol M, Choquet L-H, Grousset J. Éduquer et soigner les adolescents difficiles: la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2010;58(4):224-33.

Violet-Chartier L. Adolescents dits difficiles et illettrisme. Empan. 2011;81(1):52-8.

Remarque : certains items n'ont pas été utilisés dans l'analyse généalogique et ne se voient donc pas cités dans le corps du texte de la thèse.

Articles exclus (17 items)

Alvin P., 1997, « Therapeutic non-compliance: hard truth to say or hard truth to hear? [La non-compliance thérapeutique: vérité pénible à dire ou difficile à entendre?] », Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie, 1997, vol. 4, n° 5, p. 395-397.

Benezech, M., Vankeirsbilck, D., Addad, M., Bourgeois M., 1977, « The difficult and/or dangerous mentally disturbed patient [LES MALADES MENTAUX DIFFICILES ET/OU DANGEREUX. ENQUETE CRIMINOLOGIQUE SUR 547 SUJETS

- PLACES D'OFFICE DE 1967 A 1976 AU SERVICE DE SURETE DE CADILLAC] », *Annales Medico-Psychologiques*, 1977, 135 II, n° 4, p. 641-675.
- Bettschart W., 1993, « Difficult separations and reunions during migration [SEPARATIONS ET RETROUVAILLES DIFFICILES] », *Annales Medico-Psychologiques*, 1993, vol. 151, n° 2, p. 192-194.
- Brunet, G., Bideau A., 2007, « Le pupille adolescent et l'inspecteur: Une difficile transition vers l'âge adulte l'exemple du département de l'ain (1871-1914) », *Annales de Demographie Historique*, 2007, vol. 114, n° 2, p. 99-126.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Mouren-Simeoni M.C., 1999, « "Difficult" families in the treatment of anorexia nervosa: A model of "integrated family consultation" [Prise en charge des familles "difficiles" dans l'anorexie mentale: "La consultation familiale integree"] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1999, vol. 47, n° 7-8, p. 334-341.
- Courtecuisse V., 1979, « School-related crises: Examinations, amphetamines [LES MOMENTS DIFFICILES TENANT A LA SCOLARITE: EXAMENS, DOPAGE] », *Archives Francaises de Pediatrie*, 1979, vol. 36, Suppl. 2, p. XLIX - L.
- Cramer, B., Feihl, F., Espasa F.P., 1979, « Juvenile diabetes, a disease difficult to live with and to imagine [LE DIABETE JUVENILE MALADIE DIFFICILE A VIVRE ET A PENSER. ETUDE PSYCHIATRIQUE MULTIFOCAL D'ENFANTS DIABETIQUES] », *Psychiatrie de l'Enfant*, 1979, vol. 22, n° 1, p. 5-66.
- De Peretti Ch., 1998, « High school students in suburbs and illicit drugs [Les lycéens des banlieues difficiles et les drogues illicites] », *Sante Publique*, 1998, vol. 10, n° 3, p. 313-327.
- Gavaghan H., 1999, « United Kingdom: Troubled adolescence [Royaume-Uni: Une adolescence difficile] », *Biofutur*, 1999, n° 194, p. 34-36.
- Godart, N., Agman, G., Perdureau, F., Jeammet Ph., 1999, « << Difficult cases of anorexia nervosa >>. From our practice to the international literature [<< Anorexies difficiles >>. De notre pratique a la litterature internationale] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1999, vol. 47, n° 7-8, p. 316-321.
- Hayez J.Y., 1991, « Study of a case of forensic evaluation followed by a support therapy at the time of a difficult parental separation [ETUDE D'UN CAS D'EXPERTISE SUIVIE D'UNE THERAPIE DE SOUTIEN, LORS D'UNE SEPARATION PARENTALE DIFFICILE] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1991, vol. 39, n° 6, p. 244-255.
- Moulin, B., Louis J.-P., 1999, « VIH/AIDS pandemia : African women at the heart of the control program or taking gender into account [Pandemie vih/sida : La femme africaine au cur d'un programme de lutte ou la difficile prise en compte du concept de genre] », *Medecine Tropicale*, 1999, vol. 59, 4 PART 2, p. 465-467.
- Paradis-Guennou, M.a , Maury, M.a , Calmels, M.J.a , Dura, M.b , Dalla Valle, F.b , Voisin, M.b , Montoya P.c, 2004, « Post-traumatic anorexia: A challenging multidisciplinary management [Anorexie post-traumatique: Une prise en charge pluridisciplinaire difficile] », *Archives de Pediatrie*, 2004, vol. 11, n° 6, p. 607-609.
- Scharbach H., 1977, « A difficult assumption of responsibility: Jacqueline [LE DIFFICILE LIEU D'UNE PRISE EN CHARGE: JACQUELINE] », *Annales Medico-Psychologiques*, 1977, 135 I, n° 5, p. 828-836.
- Stammler A., 1991, « Adolescence of the deep mentally retarded, an ever difficult passage both for themselves and their environment [L'ADOLESCENCE DES ARRIERES PROFONDS UN PASSAGE TOUJOURS DIFFICILE, ET POUR EUX, ET POUR LEUR ENTOURAGE] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1991, vol. 39, n° 8-9, p. 409-411.
- Tremblay, D., Lechasseur, H., Desmeules, M., Guilbert, E., Lepage M.-C., 1998, « Teenage mothers difficulties: Implementation of a pre and postnatal intervention for clients at risk. [Les jeunes meres difficiles a rejoindre: Etude d'implantation d'une Intervention pre et postnatale aupres d'une clientele a risque] », *Canadian Journal of Public Health*, 1998, vol. 89, n° 6, p. 376-379.
- Trombetti, A., Richert, L., Rizzoli R., 2007, « Anorexia nervosa and its consequences on bone: A therapeutic challenge [Anorexie mentale et ses conséquences osseuses: Une prise en charge difficile] », *Revue Medicale Suisse*, 2007, vol. 3, n° 115, p. 1502-1505.

ANNEXE 3 : CORPUS INITIAL SUR « CONTENIR »

Requête bibliographique :

Modalités de requête sur scopus : (TITLE-ABS-KEY(conten*) AND LANGUAGE(french OR français OR francais) AND TITLE-ABS-KEY(psy*) AND TITLE-ABS-KEY(adolescen*))

Réalisée le 11 janvier 2012

39 items, dont une exclusion (soulignée dans liste) :

- Ardon P., 2005, « Psychiatric commitment, committing to protect [La contention en psychiatrie, contenir pour protéger.] », Soins; la revue de reference infirmiere, 2005, n° 695, p. 33-35.
- Begin S., 1991, « Isolation and controversies: Literature review and focus on its impacts [ISOLEMENT ET CONTENTIONS: REVUE DE LITTERATURE ET FOCUS SUR LEURS IMPACTS ET LES NORMES QUI LES REGISSENT] », Canadian Journal of Psychiatry, 1991, vol. 36, n° 10, p. 752-759.
- Bernard M. F., 2001a, « Professional practice. Restraint and non-restraint, measuring the potential risks (2/3) [Exercice professionnel. Contention et non contention, mesurer les risques potentiels (2/3).] », Soins; la revue de reference infirmiere, 2001, n° 657, p. 21-23.
- Bernard M. F., 2001b, « Professional practice. Restraint and non-restraint, measuring the potential risks (3/3) [Exercice professionnel. Contention et non contention, mesurer les risques potentiels (3/3).] », Soins; la revue de reference infirmiere, 2001, n° 658, p. 24-27.
- Bernheim E., 2010, « Psychiatric medication as restraint: Between autonomy and protection, is there place for a legal framework? [La médication psychiatrique comme contention: Entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique?] », Sante Mentale au Quebec, 2010, vol. 35, n° 2, p. 163-184.
- Boulanger P. -P, 2009, « When psychoanalysis enters translation [Quand la psychanalyse entre dans la traduction] », Meta, 2009, vol. 54, n° 4, p. 733-752.
- Bourgeois F., 2008, « Consider a passive physical debate [Envisager une contention physique passive] », Revue de l'Infirmiere, 2008, n° 145, p. 43-44.
- Cornic F., 2006, « Psychotic parricide. Prevention [Le parricide psychotique. La prévention en question] », Encephale, 2006, vol. 32, 4 I, p. 452-458.
- Delefosse M. S, 1998, « The sonorous hypnotic envelop, a therapeutic setting and maternal containment [Enveloppe sonore hypnotique, cadre thérapeutique et contenant maternel] », Psychotherapies, 1998, vol. 18, n° 2, p. 83-91.
- Delreux M., 1998, « Be touched [Etre touche] », Nouvelles Dermatologiques, 1998, vol. 17, n° 9, p. 581-583.
- Dumont F., 1995, « Retrospective study of restraining measures in a population of patients admitted under a regimen of involuntary commitment [Etude rétrospective de la mise sous contention dans une population de patients admis sous le régime de la mise en observation.] », Acta psychiatrica Belgica, 1995, vol. 95, n° 4-5, p. 246-259.
- Essiene A., 1997, « Evaluation of postoperative analgesia in 150 young patients [Evaluation de la durée de l'analgésie postopératoire chez 150 enfants et sujets jeunes] », Cahiers d'Anesthesiologie, 1997, vol. 45, n° 6, p. 415-421. (item exclu)
- Féres-Carneiro T., 2009, « Morbid obesity and the omega function [Obésité morbide et fonction oméga] », Dialogue, 2009, vol. 185, n° 3, p. 103-116.
- Gobert M., 2003, « Physical restraints and psychotropic agents: Therapeutic use or means of contention? [Protections physiques et psychotropes: Usage thérapeutique ou moyen de contention?] », Louvain Medical, 2003, vol. 122, n° 9, p. S416-S425.
- Guedj M. J., 2004, « The practice of restraint in a psychiatric emergency unit [Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques] », Encephale, 2004, vol. 30, n° 1, p. 32-39.
- Houillon G., Le Borgne M, Houillon P et Griffie S, 1976, « La dualité contenant contenu chez le schizophrène. Valeur symbolique de certains signes de début dans le pronostic lointain de la schizophrénie. [The dualism container-content in schizophrenia. Symbolic value of some initial signs in a long term prognosis of schizophrenia] », Annales Medico-Psychologiques, 1976, 134 II, n° 5, p. 820-824.
- Kinoo P., 2008, « Enfant, contenance et contention (Child, psychological contain and physical restraint) », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2008, vol. 56, n° 3, p. 117-121.
- Maillard A., 2008, « Physical restraint, a last resort care [La contention physique, un soin de dernier recours] », Soins Gerontologie, 2008, vol. 13, n° 73, p. 28-29.

- Massoni B., 2010, « L'air de rien effets du « ventilateur » comme objet favorisant la contenance auprès d'enfants autistes », *Enfances et Psy*, 2010, vol. 46, n° 1, p. 108-120.
- Mauriac F., 2008, « "Functional hierarchies" in the work of the mobile emergency service ERIC with adolescents [Les « hiérarchies fonctionnelles » dans le travail avec les adolescents sur ERIC] », *Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Pratiques de Reseaux*, 2008, vol. 40, n° 1, p. 153-168.
- Mellier D., 2003, « Transformer le regard. Du visuel à l'association de points de vue, le regard comme une tension à contenir », *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2003, vol. 20, n° 1, p. 171-189.
- Mellier D., 2002, « Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe balint », *Revue de Psychotherapie Psychanalytique de Groupe*, 2002, vol. 39, n° 2, p. 85-102.
- Menier C., 2010, « Physical restraint: A survey of prevalence in an acute care teaching hospital [La contention physique passive: Une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire] », *Medecine Palliative*, 2010, vol. 9, n° 5, p. 232-241.
- Mouchet M. C., 2003, « Physical restraint: how to do and above all how not to do? [La contention: pourquoi faire et surtout ne pas faire?] », *Soins. Gerontologie*, 2003, n° 41, p. 41-45.
- Palazzolo J., 2002, « About the use of restraints in psychiatry: The patient's point of view [De l'utilisation des contentions en psychiatrie: Le point de vue des patients] », *Encephale*, 2002, vol. 28, 5 I, p. 454-460.
- Palazzolo J., 2001, « Restraint and seclusion in psychiatry: Review and prospect [Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie: Bilan et perspectives] », *Encephale*, 2001, vol. 27, n° 6, p. 570-577.
- Palazzolo J., 1999, « About the use of restraint and seclusion in psychiatry: A prospective study [Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie: Enquete prospective] », *Encephale*, 1999, vol. 25, n° 5, p. 477-484.
- Pinel J. P., 1988, « Remarks on the place of schooling in the therapeutic attitude and evolution », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1988, vol. 36, n° 8-9, p. 343-348.
- Quaderi A., 2007, « Memory and memories in the clinical approach of the demented [Mémoire et souvenir dans la clinique du dément] », *Psychotherapies*, 2007, vol. 27, n° 4, p. 213-219.
- Rabeharisoa V., 2006, « Towards a new form of medical work in psychiatry genetics: The case of autism [Vers une nouvelle forme de travail médical? Le cas d'une consultation en psychiatrie génétique de l'autisme] », *Sciences Sociales et Sante*, 2006, vol. 24, n° 1, p. 83-116.
- Rochet T., 2002, « Restraint and seclusion of violent adolescent: Between legality and legitimacy [La contention et l'isolement de l'adolescent violent: Entre légalité et légitimité] », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2002, vol. 50, n° 6-7, p. 453-457.
- Söderström D., 2009, « Psychotherapy of psychosis: From substance to containment [Psychothérapie de la psychose: Du contenu au contenant] », *Psychotherapies*, 2009, vol. 29, n° 3, p. 129-131.
- Thelot W., 2000, « Physical restraints and older adults. [Les contentions physiques et la personne âgée.] », *The Canadian nurse*, 2000, vol. 96, n° 2, p. 36-40.
- Thomas Ph., 2007, « Facilitating environment for dementia patients - The Pixel study [Environnement contenant chez la personne âgée démente - Étude Pixel] », *Encephale*, 2007, vol. 33, n° 3, p. 317-325.
- Thome-Renault A., 1991, « Relaxation therapy in the control of emotions? [DES CONDUITES A RISQUES. LA RELAXATION PEUT-ELLE AIDER A CONTENIR L'IMPULSION?] », *Revue de Medecine Psychosomatique*, 1991, vol. 32, n° 25, p. 41-51.
- Vanhoucke V., 2003, « Physical restraint for the elderly: An audit in nursing home residents [La contention physique de la personne âgée: Un audit en milieu gériatrique] », *Revue de Geriatrie*, 2003, vol. 28, n° 9, p. 707-714.
- Vedel I., 2006, « Passive physical restraint in geriatric care settings: A common practice, especially at night, not modified by a better implementation of the recommendations made by anaes [La contention physique passive en gériatrie: Une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des] », *Gerontologie et Societe*, 2006, vol. 116, n° 1, p. 153-160.
- Visalli H., 2000, « An effective model of practice without contention [Un modèle efficace de pratiques sans contention.] », *Soins. Psychiatrie*, 2000, n° 210, p. 30-32.
- Zaghib K., 2007, « Isolation room and physical application [Chambre d'isolement et contention physique] », *Soins Psychiatrie*, 2007, vol. 28, n° 249, p. 44-45.

Remarque : certains items n'ont pas été utilisés dans l'analyse généalogique et ne se voient donc pas cités dans le corps du texte de la thèse.

ANNEXE 4 : CRÉATION DU RÉSEAU DOCUMENTAIRE

Remarque : l'intégralité de ces items a été utilisée pour l'analyse généalogique, mais tous ne sont pas cités dans le corps de la thèse.

Réticulation suivant les citations

Bion Wilfred R, 1979, *Eléments de psychanalyse*, Deuxième édition de 2002., Paris, Presses Universitaires de France - PUF.

Chartier Jean-Pierre, 1994, *Les adolescent difficiles : Psychanalyse et éducation spécialisée*, Toulouse, Privat.

Dublanc Soeur, 1969, « Isolement : rôle préventif et curatif de l'isolement en centre d'observation pour adolescentes inadaptées », *Revue Neuropsychiat infant*, 1969, vol. 17, n° 1-2, p. 27-43.

Ey Henri, Bernard P et Brisset C, 1967, *Manuel de psychiatrie*, Troisième édition revue et complétée, Paris, Masson.

Kaës René, Fustier Paul, Enriquez Eugène, Roussillon René et Vidal Jean-Pierre, 1993, *L'institution et les institutions - Études psychanalytiques*, 2012^e éd., Paris, Dunod, 240 p.

Kaës René, Missenard André, Anzieu Didier, Kaspi André et Guillaumin Jean, 1991, *Crise, rupture et dépassement*, 2013^e éd., Paris, Dunod, 336 p.

Noël Janine, Bouchard Françoise, Wolf Anne et Soulé Michel, 1965, « Les adolescentes très difficiles », *Psychiatrie de l'Enfant*, 1965, vol. 8, n° 2, p. 303-390.

Réticulation suivant les institutions

Corpus para-législatif (1998-2009)

Ce corpus a été établi à partir des sites internet de la Documentation Française, du Journal Officiel, du Sénat et de l'Assemblée Nationale.

Birot Alain, Durand-Mouisset Sylvie, Botella Frédérique et Lavergne Philippe, 2008, *Aspects de l'ordonnance du 2 février 1945 vue par 331 mineurs*, Paris, Ministère de la justice.

Boutureau-Tichet Sylvie, Jourdain-Menninger Danièle et Lannelongue Christophe, 2005, *Le travail social auprès des jeunes en difficulté dans leur environnement*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.

Brugelin Jean-François, 2005, *Santé, Justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*, Paris, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités.

Choquet Marie, Hassler Christine et Morin Déphine, 2005, *La santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*, Paris, INSERM et DPJJ.

Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Hassler Christine et Paré Catherine, 1998, *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, Paris, INSERM et DPJJ.

Cours des Comptes, 2003, *La protection judiciaire de la jeunesse : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*, Paris.

Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, 2007, *Plan stratégique nationale 2008/2011*.

Ferrand Isabelle et Guillet Pierre, 2000, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité Haut Comité de la Santé Publique.

Jourdain-Menninger Danièle et Strohl-Maffesoli Hélène, 2004, *Enquête sur la prise en charge et la prévention des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.

Lazerges Christine et Balduyck Jean-Pierre, 1998, *Rapport de la Mission interministérielle sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs*, Paris.

Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités, 2000, La prise en charge des mineurs en grande difficulté. Actes du séminaire Santé Justice, 25 et 26 mai 2000, Paris.

Schosteck Jean-Pierre et Carle Jean-Claude, 2002, Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, Paris, Sénat.

Tabarot Michèle et Warsman Jean-Luc, 2008, Rapport d'information sur l'exécution des décisions de justice pénale concernant les personnes mineures, Paris, Assemblée Nationale (coll. « commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République »).

Varinard André, 2008, Commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants. Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la justice pénale des mineurs, Paris, Ministère de la Justice.

Zumkeller Michel et Warsman Jean-Luc, 2009, Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures sous main de justice, Paris, Assemblée Nationale.

Documents des institutions du terrain ethnographique.

Ces documents sont présentés de manière anonymisée.

Bilan d'activité du réseau des années 2000 à 2005, document produit par la direction de la Protection de l'Enfance du Conseil Général (archivé par Mme Poncet).

Bilan d'activité du réseau des années 2008 à 2011, document produit par la direction de la Protection de l'Enfance du Conseil Général (archivé par Mme Poncet).

Dossier de presse sur la politique départementale de solidarité, Conseil Général, 2009, disponible en ligne.

Présentation de l'établissement pour adolescents difficiles « l'Arc-en-Ciel », disponible en ligne.

Projet d'établissement du Foyer Départemental de la Famille, publié en ligne en 2010.

Documents archivés par la Direction de l'Education Surveillée et la Direction de la PJJ

Ces documents ont été consultés aux archives nationales, site de Fontainebleau.

Apellaniz-Rikkers Elisabeth et Apellaniz René, 1962, Etude de l'entretien clinique. A propos de l'examen psychologique des jeunes délinquants, Paris, Direction de l'Education Surveillée. Référence des archives : 0019910300-48.

Bize Paul-René, 1958, L'examen psychiatrique et médico-psychologique des jeunes délinquants, conceptions actuelles, Melun, Direction de l'Education Surveillée. Référence des archives : 0019910300-48.

Coleiro Paul, Goldzstaub Liliane, Guerrier Mathias, Martinez Alain, Dujardin Dominique et Marty Jean-Philippe, 1991, A la recherche des mineurs dit incasables en Alsace. Typologie sociale et judiciaire, Colmar, Cours d'appel de Colmar et Centre d'étude et de recherche sur l'intervention sociale. Référence des archives : 00199530318-4.

Costa Jean-Louis, 1949, Note préparatoire concernant l'examen psychologique, l'examen psychiatrique, l'examen médical en centre d'observation pour mineurs délinquants, Melun, Direction de l'Education Surveillée (coll. « dossier sur l'examen médical psychiatrique psychologique, 1949-62 »). Référence des archives : 0019910300-48.

Uzan Georges, 1973, Proposition pour un « complexe éducatif » destiné aux « mineurs difficiles » relevant de la protection judiciaire, Paris, Tribunal de Grande Instance. Référence des archives : 0019910300-48.

Zeiller Bernard et Lainé Tony, 1991, Morbidité psychopathologique des enfants et adolescents criminels, Montrouge, INSERM et Conseil de la recherche du Ministère de la Justice. Référence des archives : 0019950318 – 8.

Ce corpus a été complété par un entretien avec l'un des auteurs du rapport « A la recherche des mineurs dits incasables en Alsace ».

Réticulation suivant les auteurs

Autres documents et écrits produits par les mêmes auteurs.

- Chatagner A., Olliac B., Choquet L. -H., Botbol M. et Raynaud J. -P., 2015, « Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, mars 2015, vol. 63, n° 2, p. 124-132.
- Collectif, 1993, *La Prison, c'est dehors*, Neuchâtel etc., Delachaux et Niestlé, 397 p.
- Coenen Roland, 2004, *Eduquer sans punir : Une anthropologie de l'adolescence à risques*, Ramonville Saint-Agne, Erès (coll. « Relations »), 134 p.
- Coenen Roland, 2002, « Eduquer sans punir: Vers une approche sociothérapeutique de l'adolescence et de la délinquance », *Thérapie Familiale*, 2002, vol. 23, n° 4, p. 325-348.
- Pinel Jean-Pierre, 2007, « Le traitement institutionnel des adolescents violents », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2007, vol. 48, n° 1, p. 109-122.
- Tomkiewicz Stanislaw, 1986, « Adolescence difficile et pédagogie curative », 1986.

Interviews filmés, films documentaires.

- Mémoire de sauvageons mémoire de sauvageons, 2002, Thierry de Lestrade et Sylvie Gilman, 51 min, France, Zaradoc.
- On l'appelait Tom, 2001, film documentaire de Daniel Kupferstein, 78 min, France, Act média Diffusion.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AEMO	Aide Educative en Milieu Ouvert
ARS	Agence Régionales de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CEF	Centre Educatif Fermé
CER	Centre Educatif Renforcé
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladie 10 ^e édition
CMP	Centre Médico-Psychologique
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSM-III/-IV	Diagnostic and Statistical Manual 3 ^e /4 ^e édition
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
FDF	Foyer Départemental de la Famille
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MDPH	Maison Départementale de Personnes Handicapées
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et la Toxicomanie
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIPAD	Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UMD	Unité pour Malades Difficiles